

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 24.

Travail de la clinique obstétricale de la Faculté
de médecine de Lyon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PLACENTA MARGINÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 novembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice PIERRON

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle), le 24 avril 1884.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

BUREAUX : 85, Rue de la République et 9, Quai de l'Hôpital.

1907

Travail de la clinique obstétricale de la Faculté
de médecine de Lyon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PLACENTA MARGINÉ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 24.

Travail de la clinique obstétricale de la Faculté
de médecine de Lyon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PLACENTA MARGINÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 novembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice PIERRON

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle), le 24 avril 1884.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

BUREAUX : 85, Rue de la République et 9, Quai de l'Hôpital.

1907

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales.	TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS.
Physique médicale.	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.	X...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.	COLLET.
Médecine légale.	TRIPPIER.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe.	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. TIXIER.	MM. NEVEU-LEMAIRE.	MM. CAVAILLON.
PAVIOT.	REGAUD.	PATEL.	LAROYENNE.
SAMBUC.	ANCEL.	J. LEPINE.	VORON.
COURMONT (P.)	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
CHATIN.	GAYET	MARTIN. (EL.).	MOUNEYRAT.
VILLARD.	MOREL.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FABRE, Président; M. TIXIER, Assesseur;
MM. NEVEU-LEMAIRE et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, le Docteur H. PIERRON

Mon premier maître.

A MA MÈRE

Faible témoignage d'une tendre
affection et d'une reconnaissance
infinie.

A MES FRÈRES

Mes meilleurs amis.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

A Monsieur le Professeur agrégé ANCEL .

Nous l'assurons de toute notre reconnaissance pour la sollicitude dont il a fait preuve à notre égard et l'excellent accueil qu'il nous a toujours fait dans son laboratoire.

A Monsieur le Médecin-Major de 1^{re} classe BRAÛN

RÉPÉTITEUR A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Nous adressons nos plus vifs remerciements pour son enseignement et la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant notre séjour à l'Ecole.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur FABRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ACCOCHEUR DES HÔPITAUX

Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse, après nous en avoir inspiré le sujet. Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance. Nous n'oublierons jamais son enseignement et sa bonté à notre égard.

INTRODUCTION

Durant le cours de notre stage à la clinique obstétricale, M. le professeur Fabre attira plusieurs fois notre attention sur des placentas présentant une anomalie de leur face fœtale. Les membranes, au lieu de s'insérer comme normalement sur la circonférence placentaire, venaient se fixer sur le pourtour d'un anneau blanc grisâtre situé à une distance variable de cette circonférence. De plus il nous a été donné d'observer, comme conséquence de cette anomalie, certains faits pathologiques : accouchement prématuré, enfants de poids et de taille inférieure à la normale, délivrances pathologiques, grossesse extra-membraneuse.

Nous avons voulu, sur les conseils de M. le professeur Fabre, contribuer à l'étude de cet état pathologique, qui semble digne du grand intérêt au double point de vue scientifique et clinique.

Après avoir fait dans un premier chapitre l'historique de la question, nous passerons successivement en revue, dans les chapitres suivants, l'anatomie et l'anatomie pathologique du placenta marginé, nous ferons ensuite son étude clinique, puis dans un dernier chapitre, son étude étiologique et pathogénique, et en même temps nous exposerons les théories qui ont été édifiées à ce sujet.

Nous tenons, au début de ce travail, à adresser nos remerciements à M. le professeur Fabre, qui nous a ouvert toutes grandes les portes de sa clinique et de son laboratoire, nous permettant ainsi de mener à bonne fin notre étude.

Que M. le docteur Trillat, chef de clinique obstétricale, soit assuré de notre gratitude pour l'amabilité avec laquelle il nous a prodigué ses conseils.

Que M. Jarricot, chef du laboratoire de M. le professeur Fabre, veuille bien accepter aussi tous nos remerciements.

CHAPITRE PREMIER.

Historique — Définition.

On rencontre parfois sur la face fœtale de certains placentas une zone blanche, située à une distance variable de la périphérie placentaire, qui est, « dit Martin (1) plus ou moins développée, ne formant tantôt qu'un arc de cercle, d'autres fois une couronne complète, en dedans de laquelle vient s'insérer le chorion ». Cette disposition spéciale a fait donner à ces placentas le nom de placentas bordés ou marginés.

Avec Schwab (2), nous définirons donc le placenta marginé : « Placenta présentant sur sa face fœtale un anneau blanchâtre plus ou moins marqué, d'une largeur variable, tantôt circulaire, tantôt en arc, éloigné d'un à plusieurs centimètres du bord placentaire. »

La face fœtale du placenta présente deux régions séparées par un anneau qui encadre le cordon. L'une centrale, en forme de capsule, est appelée aire choriale, l'autre périphérique, qui part de l'anneau et s'arrête au niveau de la circonférence placentaire, est la marge :

(1) Martin. — Thèse de Paris, 1896.

(2) Schwab. — *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1896.

elle forme, comme dit Auvard (1) « une sorte de bracelet autour de la capsule centrale ».

L'étude du placenta marginé est de date assez récente, néanmoins on est parvenu, par des recherches minutieuses, à montrer que certains auteurs avaient connu cette forme de placenta, l'avaient décrite et avaient cherché à en donner une explication, il y a déjà fort longtemps.

En 1794, Hunter (2) s'exprime ainsi : « Sur un placenta épais, j'ai observé la particularité suivante : à sa face interne, non loin de la circonférence externe, j'ai trouvé une marge proéminente sur laquelle on remarque les membranes imprégnées de sang coagulé. Cela sur toute la superficie interne du placenta, lui donne un aspect d'écuelle. Sur cette marge s'insèrent les membranes, et la circonférence du placenta, au lieu d'être un bord mince est épaisse et proéminente. »

En 1839, dans les *Archives générales de médecine*, Jacquemier (3), ainsi que Cruveilhier (4) dans son *Anatomie pathologique* en 1852 et Robin (5) en 1854, donnent la description d'une anomalie du placenta dont on retrouve tous les caractères dans le placenta marginé. De même que Busch (6) en 1836, ils donnent comme cause de formation de l'anneau une transformation lente du sang épanché.

Les premiers travaux qui traitent la question d'une

(1) Auvard. — *Travaux d'obstétrique*, 1888.

(2) Hunter. — *Anatomische Beschreibung des Uterus*, 1794.

(3) Jacquemier. — *Archives générales de médecine*, 1839.

(4) Cruveilhier. — *Anatomie pathologique*, 1852.

(5) Robin. — *Archives générales de médecine*, 1854.

(6) Busch. — *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1836.

façon complète ont été faits à peu près à la même époque en Allemagne et en Italie.

En Italie, en 1870, Fabbri (1) rapporte une observation typique de placenta marginé, auquel il donne le nom de « placenta à face choriale très petite ». En Allemagne, Kœlliker (2), en 1879, décrit une variété spéciale de placenta qu'il a rencontrée quatre fois en deux ans. Il propose de lui donner le nom de placenta marginé (*placenta marginata*), c'est-à-dire possédant une bande de tissu de même nature, située à la périphérie de l'anneau blanc.

Depuis 1889, bon nombre d'auteurs, en majorité les Allemands, firent paraître des descriptions de placentas marginés, et surtout des études étiologiques et pathologiques. En France, Auvard (3) (1888), consacre un chapitre intéressant à cette anomalie et propose de lui donner le nom de placenta à collerette, à cause de la forme de l'anneau qui, dans la plupart des cas, rappelle une collerette. « Cette anomalie, dit-il, a attiré, en Allemagne particulièrement, l'attention de quelques accoucheurs, qui l'ont décrite sous le nom de placenta marginé. Ce nom lui convient en effet assez bien. Je me servirai également de celui de collerette placentaire qui semble exactement approprié à cette conformation du placenta. »

À la même époque, Tarnier et Chantreuil (4) disent : « Sur certains placentas, la face fœtale présente, à

(1) Fabbri. — *Bulletin des sciences médicales de Bologne*, 1870.

(2) Kœlliker. — *Traité d'embryologie*, 1879.

(3) Auvard. — *Travaux d'obstétrique*, 1888.

(4) Tarnier et Chantreuil. — *Traité de l'art des accouchements*, 1888.

quelques centimètres de l'insertion ombilicale, un relief circulaire ou demi-circulaire que nous avons étudié maintes et maintes fois, sans en trouver la signification, toujours est-il que le relief est formé par le chorion et le tissu interannexiel. »

Il faut ensuite citer, en 1895, la monographie de Schwab (1), qui est le dernier travail français étudiant complètement la question.

Depuis cette époque aucune étude spéciale n'a été faite. Le placenta marginé a été souvent cité par les auteurs dans différents cas. A propos de la grossesse extra-membraneuse, Glaize (2) et Maroger (3) l'ont mentionné dans leurs thèses ainsi que Perret (4), Schwab (5), Lepage et le Lorier (6), Maygrier (7), Devraigne (8), Bonnaire et Maury (9), Macé et Moncany (10), Dubrisay (11), dans les différentes communications de grossesse extra-membraneuse qu'ils firent à la Société d'obstétrique de Paris.

A propos du développement du fœtus et de son poids R. Martin (12) a cité le placenta marginé comme mettant obstacle à son accroissement.

(1) Schwab. — *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1896.

(2) Glaize. — Thèse de Paris, 1899.

(3) Maroger. — Thèse de Paris, 1903.

(4) Perret. — Société d'obstétrique de Paris, 20 février 1902.

(5) Schwab — Société d'obstétrique de Paris, 21 décembre 1899.

(6) Lepage et Lorier. — Société d'obstétrique de Paris, 12 mai 1902.

(7) Maygrier. — Société d'obstétrique de Paris, 16 mai 1899.

(8) Devraigne. — Société d'obstétrique de Paris, 15 décembre 1904.

(9) Bonnaire et Maury. — Société d'obstétrique de Paris, 4 novembre 1900.

(10) Macé et Moncany. — Société d'obstétrique de Paris, 20 février 1902.

(11) Dubrisay. — Société d'obstétrique de Paris, 24 mars 1901.

(12) Martin. — Thèse de Paris, 1896.

A l'étranger, en Allemagne, Spæth et Wedl (1) en 1881, réunissent vingt et un cas de placentas à collerette et émettent l'avis que le bourrelet est formé de fibrine. Küstener (2) (1884) fait le premier une étude microscopique sérieuse de la question. Ses travaux furent le point de départ de nombreuses discussions, notamment avec Schultze (3). Krükenberg (4) (1886) rapporte deux cas dans deux grossesses gémellaires. Klein (5) (1889 et 1890) fait paraître deux longs mémoires sur la pathogénie. Plus récemment, il faut citer les travaux de Stæckel (6) (1889), Rifferscheid (7) (1901), Wodarz (8) (1902), Müller (9) (1902), Holzkappel (10) (1903), Liepmann (11) (1906), Kræmer (12) (1907).

L'auteur danois Hansen (13) (1890) observe les rapports qu'il y a entre cette anomalie, le développement du fœtus et le terme de l'accouchement.

En Italie, Roncaglia (14) (1890), Giglio (15) (1894),

(1) Spæth et Wedl. — *Journal des médecins*, Vienne, 1881.

(2) Küstener. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1884.

(3) Schultze. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1884.

(4) Krükenberg. — *Archiv. für Gynæk.*, 1886.

(5) Klein. — *Le placenta humain*, Wiesbaden, 1890.

(6) Stæckel. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1889.

(7) Rifferscheid. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1901.

(8) Wodarz. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1901.

(9) Müller. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1902.

(10) Holzkappel. — *Beitrage zur Geburtshülfe*, 1903.

(11) Liepmann. — *Archiv. für Gynæk.*, 1906.

(12) Kræmer. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1907.

(13) Hansen. — *Frommel's Jahresbericht*, 1890.

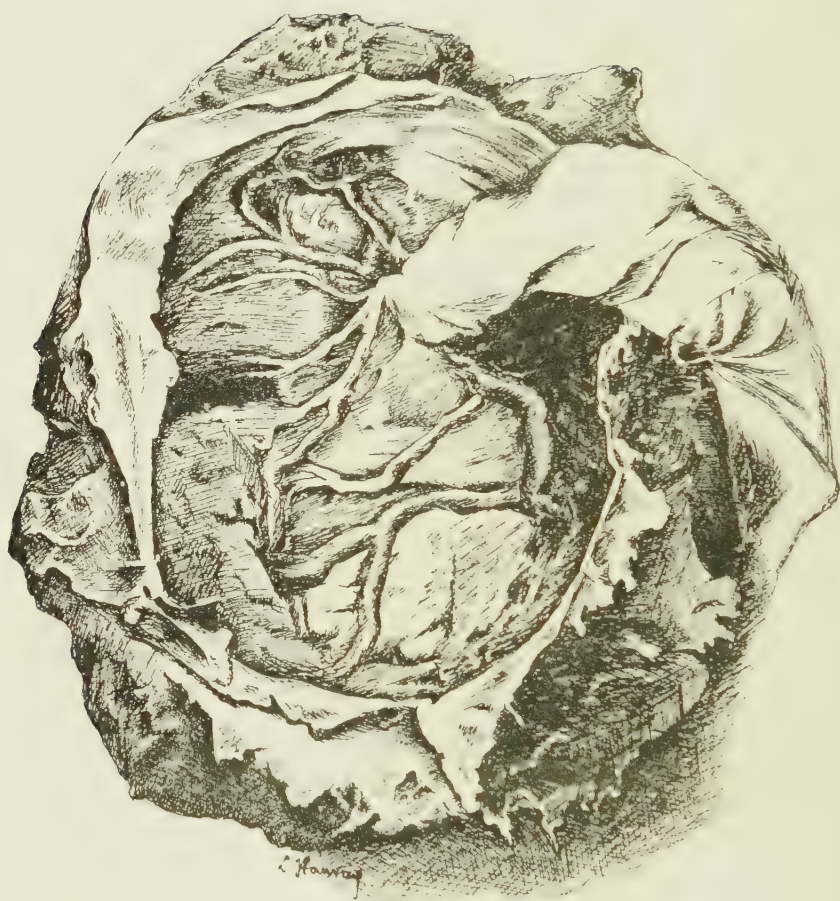
(14) Roncaglia. — *Annales italiennes d'obstétrique et de gynécologie*, 1890.

(15) Giglio. — *Annales italiennes d'obstétrique et de gynécologie*, 1894.

Ferroni (1) (1899) se livrèrent à des recherches analogues. Tout récemment, Sfameni (2) (1905) fit paraître le travail le plus intéressant et le plus complet, mettant complètement au jour l'étiologie et la pathogénie du placenta marginé.

(1) Ferroni. — Annales italiennes d'obstétrique et de gynécologie, 1899.

(2) Sfameni. — Archives italiennes de gynécologie, 1905.



CHAPITRE II

Étude anatomique et anatomo-pathologique.

Le placenta marginé présente trois caractères principaux.

- 1° La collerette ou bourrelet ou anneau fibreux.
- 2° La face fœtale proprement dite ou aire choriale ;
- 3° La marge.

En outre, il présente comme caractère accessoire l'épaississement de sa circonférence.

La collerette est une saillie plus ou moins large, de coloration blanc jaunâtre. Sa forme est très irrégulière, tantôt elle a l'aspect d'un arc, tantôt elle est circulaire, concentrique à la circonférence placentaire. Sa largeur varie, d'après les mensurations de Fabbri, Roncaglia et Ferroni, de 2 à 5 centimètres. D'après nos observations, elle en a en moyenne 2 à 3. Elle est plus ou moins saillante. Quand la marge et la collerette sont très saillantes et surplombent l'aire choriale, le placenta ressemble à une assiette. « Quand, dit Wodarz (1), l'anneau fibreux est épais et large, il se produit sous lui

(1) Wodarz. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1902.

une sinuosité circulaire qui fait ressembler le placenta à une assiette. »

Auvard (1) distingue trois formes de collerettes :

« Collerette aplatie formant un cercle jaunâtre plus ou moins complet autour du placenta et constituée par des dépôts fibrineux circulairement disposés.

« Collerette légèrement saillante. Anneau concentrique au bord placentaire, tantôt de même couleur que le tissu placentaire, ou jaunâtre par la présence de dépôts fibrineux.

« Collerette franchement saillante. Saillie se continuant insensiblement avec la surface placentaire quand on l'explore en allant de la circonférence vers l'insertion du cordon, taillée à pic, en forme de gouttière quand on l'examine en allant du cordon vers le bord du placenta. »

L'aire choriale a une forme tantôt régulièrement circulaire, tantôt ovale. Ses dimensions sont assez variables, les diamètres ont en moyenne 10×12 . Sur cette surface a lieu l'insertion du cordon, qui se fait à une distance variable d'un des bords de la collerette, c'est-à-dire qu'elle est presque toujours latérale, rarement centrale ou marginale.

Sfameni (2), sur 49 cas de placentas margines a trouvé :

39 insertions latérales, soit	79,59 %
7 insertions centrales, soit	14,28 %
3 insertions marginales, soit	6,12 %
0 insertion vélamenteuse, soit	0 %

(1) Auvard. — *Travaux d'obstétrique*, t. II, 1888.

(2) Sfameni. — *Archivio italiano di ginecologia*, 1903.

Tandis que sur 230 cas de placentas ordinaire, il y avait :

168 insertions latérales, soit 70,87 %

38 insertions centrales, soit 16,52 %

28 insertions marginales, soit 12,17 %

1 insertion vélamenteuse, soit 0,43 %.

La marge présente une configuration assez irrégulière. Sa largeur varie de 1 à 6 centimètres. Dans quelques très rares cas la collerette arrive en contact avec la circonférence placentaire.

Les observations suivantes donnent quelques mensurations de diamètres d'aire chorale, de largeur de collerette et de largeur de marge.

Les douze premières sont empruntées à Klein (1), qui a ainsi résumé tous les cas de placentas marginés qu'il a pu rencontrer.

OBSERVATION I

Grossesse gémellaire. Neuf mois.

Diamètres placentaires $30 \times 13 \times 19$ centimètres.

Diamètres de l'aire chorale $15 \times 12 \times 8$.

Largeur de la bordure 2 à 4.

Épaisseur du placenta 1 à 3.

Hémorragies dans les premiers mois, Hydramnios.

OBSERVATION II

Diamètres placentaires 16×75 .

Aire chorale 12×10 .

Épaisseur du placenta 2 à 3.

(1) Klein. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1889.

OBSERVATION III

Grossesse gémellaire. Neuf mois.
Diamètres du placenta $18 \times 10 \times 9$.
Largeur de la marge 2 à 3.

OBSERVATION IV

Neuf mois.
Diamètres placentaires 13×16 .
Largeur de la marge 1 à 3.
Épaisseur du placenta 3.
Hydramnios.

OBSERVATION V

Diamètres placentaires 13×16 .
Aire chorale 12×10 .
Largeur de la marge 3 à 4.
Épaisseur du placenta 4 à 5.

OBSERVATION VI

Grossesse gémellaire. Neuf mois.
Diamètres du placenta $23 \times 8 \times 3$.
Largeur de la marge 2 à 3.
Épaisseur du placenta 3.
Hydramnios.

OBSERVATION VII

Grossesse simple. Neuf mois.
Diamètres du placenta 17×16 .
Aire chorale 12.
Largeur de la marge 4 à 5.
Épaisseur du placenta 4.

OBSERVATION VIII

Grossesse simple. Neuf mois.
Diamètres placentaires 17×19 .
Largeur de la marge 3 à 4.
Épaisseur du placenta 4 à 5.
Un avortement antérieur.

OBSERVATION IX

Age de la grossesse. Huit mois $1/2$.
Diamètres du placenta $19 \times 18 \times 17$.
Largeur de la marge 2 à 4.
Épaisseur du placenta 5 à 6.
Hydramnios. Syphilis.

OBSERVATION X

Age de la grossesse. Quatre mois.
Diamètres du placenta $8 \times 8 \frac{1}{2}$.
Aire chorale 7×7 .
Largeur de la marge 1.
Épaisseur du placenta 2 à 3.

OBSERVATION XI

Age de la grossesse. Cinq mois $1/2$.
Diamètres du placenta 16×10 .
Largeur de la marge 1 à 2.
Épaisseur du placenta 2.

OBSERVATION XII

Age de la grossesse. Cinq mois $1/2$.
Diamètres du placenta 14×12 .
Aire chorale 12×10 .

Largeur de la marge 2 1/2.
Épaisseur du placenta 4 à 6.
Éclampsie.

Nous avons dans les observations suivantes réuni tous les cas dont nous avons pu soigneusement mesurer les différentes dimensions ; on remarque que les diamètres et l'épaisseur varient beaucoup.

OBSERVATION XIII (personnelle)

Multipare. Neuf mois.
Diamètres du placenta 18 × 13.
Poids 400.
Aire chorale 13 × 10.
Largeur de la collerette 2 à 3.
Largeur de la marge 1 à 6.
Épaisseur du bord du placenta 0,5 à 2 1/2.
Point d'implantation du cordon à 3 cent. du bord de l'anneau fibreux.
Hémorragie. Rétention des membranes.

OBSERVATION XIV (personnelle)

Multipare. Huit mois.
Diamètres du placenta 13 × 15.
Poids 430.
Aire chorale 11 × 11.
Largeur de la collerette 3.
Largeur de la marge 1 à 4.
Épaisseur du bord du placenta 2.
Point d'implantation du cordon à 4 cent. du bord de l'anneau fibreux.

OBSERVATION XV (personnelle)

Primipare. Neuf mois.
Diamètres du placenta 20 × 16.

Poids 480.
Aire chorale 12×14 .
Largeur de la collerette 3 à 4.
Largeur de la marge 0 à 3.
Épaisseur du bord du placenta 2 à 3.
Point d'implantation du cordon à 2 cent. du bord de l'anneau fibreux.

OBSERVATION XVI (personnelle)

Primipare.
Diamètres du placenta 16×14 .
Poids 410.
Aire chorale 11×12 .
Largeur de la collerette 0,5 à 2.
Largeur de la marge 2 à 3.
Épaisseur du bord du placenta 2 à 3.
Point d'implantation du cordon sur le bord de l'anneau fibreux.

OBSERVATION XVII (personnelle)

Primipare. Neuf mois.
Diamètres du placenta 19×15 .
Poids 480.
Aire chorale 12×10 .
Largeur de la collerette 2.
Largeur de la marge 0 à 6.
Épaisseur du bord du placenta 0,5 à 2.
Point d'implantation du cordon sur le bord de l'anneau fibreux.

OBSERVATION XVIII (personnelle)

Multipare. Huit mois.
Diamètres du placenta 17×15 .
Poids 520.
Aire chorale 11×14 .
Largeur de la collerette 2.
Largeur de la marge 0,5 à 2.

Épaisseur du bord du placenta 1 à 2.

Point d'implantation du cordon à 3 cent. du bord de l'anneau fibreux.

OBSERVATION XIX (personnelle)

Primipare. Neuf mois.

Diamètres du placenta 13 × 16.

Poids 580.

Aire chorale 15 × 15.

Largeur de la collerette 2.

Largeur de la marge 4 à 5.

Épaisseur du bord du placenta 0 à 3.

Point d'implantation du cordon à 0,5 du bord de l'anneau fibreux.

OBSERVATION XX (personnelle)

Multipare. Huit mois.

Diamètres du placenta 17 × 14.

Poids 480.

Aire chorale 12 × 10.

Largeur de la collerette 2.

Largeur de la marge 3 à 4.

Épaisseur du bord du placenta 0,5 à 3.

Point d'implantation du cordon à 5 cent. du bord de l'anneau fibreux.

OBSERVATION XXI (personnelle)

Multipare. Neuf mois.

Diamètres du placenta 15 × 15.

Poids 445.

Aire chorale 12 × 14.

Largeur de la collerette 2,5.

Largeur de la marge 0,5 à 3.

Épaisseur du bord du placenta 1 à 3.

Point d'implantation du cordon à 3 cent. du bord de l'anneau fibreux.

OBSERVATION XXII (personnelle)

Multipare. Neuf mois.
Diamètres du placenta 17×14 .
Poids 490.
Aire chorale 10×10 .
Largeur de la collerette 1 à 2.
Largeur de la marge 0,5 à 5.
Épaisseur du bord du placenta 1 à 3.
Point d'implantation du cordon à 3 cent. du bord de l'anneau fibreux.

Le placenta marginé présente encore plusieurs caractères particuliers.

Au lieu d'aller en s'amincissant du centre à la périphérie, il va au contraire en augmentant, de telle sorte que la circonférence placentaire est épaisse, parfois même loin d'être régulièrement circulaire, elle est plus ou moins déchiquetée, festonnée. Cette variété de placenta marginé mérite le nom de placenta festonné.

La coloration est la même que celle des placentas normaux.

La face utérine ne présente rien d'anormal ; il faut cependant noter dans quelques cas de la disjonction des cotylédons. Elle est aussi parfois plus anfractueuse.

Les dimensions et le poids à terme sont inférieurs à la normale. Rømer (1), qui a examiné 72 cas, donne comme moyenne $18,8 \times 16,6$, le placenta normal ayant la moyenne $18,3 \times 16,2$.

Pour Roncaglia (2) elle est de $17,1 \times 15,2$.

(1) Rømer. — *Archiv für Gynæk*, 1886.

(2) Roncaglia. — *Amaldi di ostetricia e ginecologia*, 1889.

Pour Sfameni (1) c'est $17,3 \times 15,4$.

Schwab (2) qui a relevé les mensurations de Taruffi (3). Fabbri (4), Auvard (5) et les siennes propres, donne $15,2 \times 17$.

Nous avons examiné 125 cas et nous avons obtenu une moyenne de 18×15 .

Quant au poids, Ferroni (6) donne comme moyenne 529 grammes. Les chiffres de Sfameni varient de 408 à 416 grammes. Nos 125 cas nous ont donné un poids moyen de 410 grammes. Donc il y a une différence de 90 grammes environ en faveur du placenta non marginé.

Quand on examine les membranes, on remarque qu'au lieu de s'insérer comme normalement sur le bas du placenta, elles viennent se fixer sur le pourtour de la collerette. En effet, en les soulevant délicatement, on remarque qu'elles n'adhèrent pas au placenta au niveau de sa périphérie, et cet organe a l'air de les déborder.

Étudions maintenant les choses d'un peu plus près et voyons la structure des membranes et de la collerette, dont la présence est indispensable pour pouvoir porter le diagnostic de placenta marginé. Si on soulève délicatement les membranes, ainsi que nous l'avons dit plus haut, on les sépare facilement du placenta en continuant à exercer des tractions légères, mais il arrive un point où il faut exercer une traction plus forte. Il se

(1) Sfameni. — *Archivio italiano di ginecologia*, 1905.

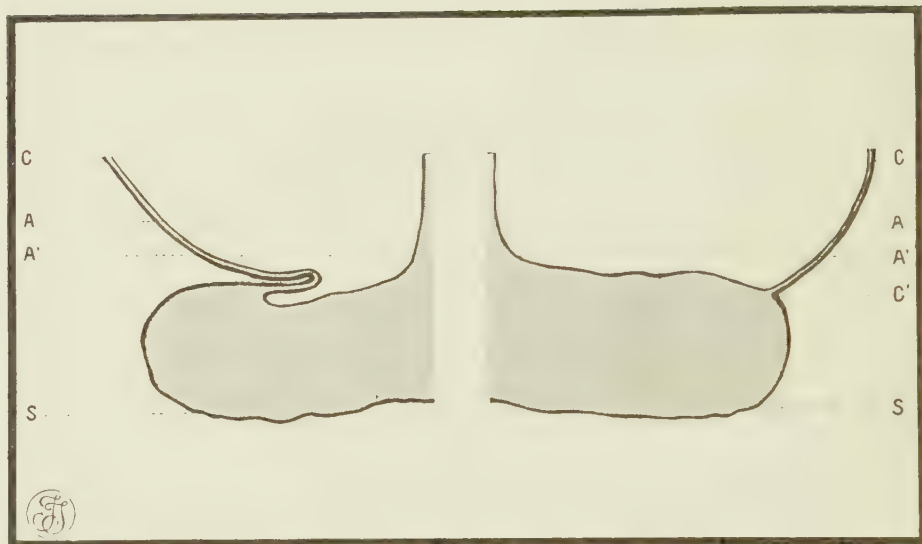
(2) Schwab. — *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1895.

(3) Taruffi. — *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1890.

(4) Fabbri. — *Atti della Soc. ital. di ost. e ginecol.*, 1894.

(5) Auvard. — *Travaux d'obstétrique*, t. II, 1888.

(6) Ferroni. — *Annali di ost. e ginecol.*, 1899.



Coupes schématiques

PLACENTA MARGINÉ

C. Caduque.

A. Amnios.

PLACENTA NORMAL

S. Sérotine.

C. Point où la caduque vraie devient serotine.

A'. Partie de l'amnios tapissant le cordon.

produit alors une déchirure. Ce point limite se trouve situé sur le contour interne de l'anneau fibreux. Jusqu'à cette limite, la portion de membranes soulevées comprend la caduque, le chorion et l'amnios. Au delà de la rupture, il n'y a plus que l'amnios; le chorion et la caduque se sont rompus. La raison de cette rupture est facile à expliquer : le chorion, léger au niveau du contour interne de la collerette, devient vasculaire. Il plonge au sein du placenta et contracte avec lui des connexions si intimes qu'on ne peut l'en séparer. La caduque se rompt aussi, parce qu'à ce même point elle se replie, s'épaissit et se divise en deux lames. L'une de celles-ci s'enfonce sous le chorion basal et vient constituer la caduque sous-choriale de Kœlliker (1) ou lame obturante de Winkler. L'autre gagne la périphérie du placenta pour se continuer sans aucune ligne de démarcation avec la caduque sérotine. Ainsi se trouve constitué un espace circulaire ouvert à l'extérieur limité en haut et en bas par la caduque. Parfois la division de la caduque n'a pas lieu exactement à l'endroit où le chorion lisse devient chevelu. Dans ce cas, on n'a pas seulement un espace ouvert à l'extérieur, limité par la caduque, mais il se forme encore un espace circulaire ouvert à l'intérieur, c'est-à-dire vers la face fœtale du placenta et qui est limité par le chorion. Cette disposition spéciale se rencontre uniquement dans la variété de placentas marginés appelés placentas nappiformes.

Il nous faut maintenant voir de quelle manière l'amnios se comporte avec la sinuosité circulaire ouverte à

(1) Kœlliker. — *Traité d'embryologie*, 1879.

l'intérieur délimitée par le chorion dans les cas de placentas nappiformes et aussi comment la caduque vraie se comporte avec la sinuosité circulaire ouverte à l'extérieur.

Dans certains cas l'amnios suit le contour de l'espace interne, s'insinuant quelques millimètres à son intérieur.

Dans ce cas, on observe un vallon plus ou moins profond, le placenta est dit *circumvallata*. Dans d'autres cas, au contraire, l'amnios n'envoie pas de prolongement, il passe comme un pont sur l'espace, le placenta alors ne présente aucune sinuosité apparente.

Du côté externe, la caduque vraie séparée de la séroline passe toujours comme un pont au-dessus de la sinuosité, pour rejoindre aussitôt après la caduque réfléchie avec laquelle elle se confond.

Il y a donc une grande analogie entre les deux sinuosités quand l'amnios ne s'enfonce pas à l'intérieur de la sinuosité interne, elles sont toutes deux virtuelles, quand le contraire a lieu il y a une différence, car du côté interne il y a une cavité réelle, alors que du côté externe elle est toujours virtuelle; car les deux lames de caduque étant toujours intimement adhérentes ne forment qu'un tout.

Il est maintenant facile de comprendre la structure intime de l'anneau fibreux blanc grisâtre qui constitue la collerette. Les parois sont constituées par les deux lames de la caduque qui délimitent la sinuosité circulaire ouverte à l'extérieur. Cette constitution explique pourquoi du côté de l'aire choriale l'anneau est lisse et sa circonférence régulière, tandis que de l'autre côté il va en s'amincissant vers la périphérie du placenta et se

terminant à une distance variable par un ourlet sinueux et frangeux,

Il est composé surtout de faisceaux de fibrine et d'éléments déciduaux et de villosités choriales éparses en nombre variable, colorables, « dit Sfameni (1), par les méthodes colorantes ordinaires ».

Les deux lames de caduque qui délimitent l'anneau fibreux ont une origine différente.

Sfameni dit que l'origine de la lame supérieure n'est pas controversée. Tous les auteurs sont d'avis qu'il s'agit de la caduque réfléchie ou ovulaire. Les divergences de vue commencent au sujet de la lame inférieure. La face supérieure de cette lame répond à la sinuosité circulaire externe, l'inférieure regarde les villosités placentaires et délimite le lac sanguin.

Trois opinions sont en présence. L'une est soutenue par Busch (2), Ackermann (3), Kœlliker (4), Schatz (5), Schultze (6), Veit (7), Ruge (8), Küstner (9) qui disent que la lame inférieure est formée par la caduque vraie. Klein (10), Roncaglia (11), Schwab (12), Ferroni (13),

(1) Sfameni. — *Archivio italiano de ginecol*, 1903.

(2) Busch. — *Lehrbuch des Geburtshülfe*, 1836.

(3) Ackermann. — *Virchow's Archiv*, 1884.

(4) Kœlliker. — *Traité d'embryologie*, 1879.

(5) Schutz. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1884.

(6) Schultze. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1884.

(7) Veit. — *Volkmann's Sammburg*, 1885.

(8) Ruge. — *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynæk.*, 1877.

(9) Küstner. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1884.

(10) Klein. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1889.

(11) Roncaglia. — *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1890.

(12) Schwab. — *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1896.

(13) Ferroni. — *Annali de ostetricia e ginecologia*, 1899.

Gottschalk (1), Von Herff (2) prétendent que c'est par la caduque réfléchie. Sfameni (3), au contraire, pense qu'elle représente une portion de la caduque sérotine.

Les premiers en arrivent à conclure que les villosités du chorion vasculaire débordent la région de la caduque sérotine et se répandent dans la région de la caduque vraie. « Cette manière de voir, dit Sfameni, ne peut plus être admise aujourd'hui : car les villosités choriales ne peuvent pas pénétrer dans la caduque, et l'accroissement du placenta se fait par les ramifications toujours progressives des villosités choriales dans le lac sanguin. Ces villosités croissent au fur et à mesure que la grossesse s'avance. »

Les autres et surtout Klein soutiennent qu'il s'agit de la caduque réfléchie, parce qu'ils pensent que la marge du placenta correspond au point où la caduque sérotine s'adosse à la caduque réfléchie. Il désigne cette zone sous le nom de marginale réfléchie (*Randreflexa*). Elle est bien vascularisée pendant toute la durée de la grossesse. C'est pourquoi elle ne s'atrophie pas.

« Klein a parfaitement raison, dit Sfameni, en ceci : que la marge provient réellement de cette zone qu'il appelle réfléchie marginale ; pourtant, d'après moi, cette portion de caduque n'appartient pas à la réfléchie marginale, mais fait partie de la sérotine et c'est pourquoi j'estime préférable de l'appeler sérotine, marginale. Il est exceptionnel qu'au lieu de s'atrophier la sérotine marginale reste vascularisée et continue à faire partie

(1) Gottschalk. — *Archiv für Gynækologie*, 1894.

(2) Von Herff. — *Entwicklung der Placenta marginata*, 1894.

(3) Sfameni. — *Archivio italiano di ginecologia*, 1905.

du placenta. Si je peux démontrer que cette marginale réfléchie représente une portion de sérotine, on ne pourra pas me contester que la lame inférieure de la caduque formant l'anneau fibreux est constituée par la sérotine.

« Ce petit morceau de caduque, qui part du point où la caduque fait un pli à l'ourlet interne de l'anneau fibreux et se porte sous la lame basale du chorion vasculaire par le plus court chemin, représente, comme le fait remarquer Klein, la caduque sous-choriale de Kœlliker.

« L'anatomie du placenta non marginé nous apprend que la caduque sous-choriale n'est que le prolongement de la sérotine qui, arrivée au bord du placenta, s'étend sous le chorion vasculaire, où elle forme cette caduque sous-choriale, et qui d'autre part s'étend sous le chorion léger pour former la caduque réfléchie.

« Si on accepte mon idée que la sérotine constitue la lame inférieure, la provenance de la caduque sous-choriale est la même pour le placenta marginé et pour la placenta ordinaire. Je me servirai contre Klein (1) des mêmes arguments que ceux que cet auteur emploie contre ceux qui soutiennent que la lame inférieure de la caduque formant l'anneau fibreux est la caduque vraie soulevée par le développement des villosités choriales à son intérieur et au-dessous d'elle. Klein leur répond que parler de caduque vraie est impropre, puisqu'on appelle habituellement caduque réfléchie la caduque vraie soulevée de la paroi interne qui passe sur l'œuf. Je dirai

(1) Klein, — *Centralblatt für Gynæk.*, 1884.

donc moi aussi que la lame de caduque dont il s'agit doit être appelée sérotine, puisque c'est le nom qu'on donne habituellement à la caduque qui détermine les lacunes placentaires à partir du bord du chorion vasculaire. »

Nous pouvons donc dire que la lame supérieure qui constitue l'anneau fibreux est formée par la caduque réfléchie et la lame inférieure par la sérotine. La caduque vraie passe à la manière d'un pont sur la fente virtuelle qui existe entre les deux lames de caduque précitées. Elle présente la particularité d'être disposée en gros plis comme si son tissu était augmenté.

Une particularité intéressante, découverte par Sfameni et dont aucun autre auteur n'avait fait mention auparavant, est la description de plis de caduque séparant les cotylédons placentaires les uns des autres.

Les plis déciduaux vont normalement par le chemin le plus court et le plus vertical de la caduque sérotine à la lame basale du chorion, qu'ils n'atteignent cependant pas. Cet auteur a observé dans un cas de placenta fortement marginé une direction toute spéciale de ces plis. Au lieu de cheminer en ligne directe de la caduque au chorion, ils formaient au contraire une ligne courbe et même leur dernier trait était disposé parallèlement au chorion basal. Comme deux plis voisins limitant un lac placentaire peuvent s'incurver l'un vers l'autre, il en résulte la formation d'un cotylédon-placentaire ayant l'aspect d'un chapeau de champignon. Ce cotylédon reproduit en petit la disposition du placenta marginé et en reconnaît la même cause déterminante.

La caractéristique essentielle du placenta marginé

réside dans une expansion de la face choriale en rapport avec la face déciduale dont le contour revêt un aspect effiloché et gaufré.

Dans le placenta marginé en outre, le manque de tissu placentaire provenant du défaut d'extension en surface de sa face choriale n'est pas récupéré par la seule formation de la marge, mais aussi par une augmentation d'épaisseur du placenta lui-même.

C'est pour cette raison que les placentas présentent plus marqués les sillons qui divisent les cotylédons, et c'est aussi pour cela que leur face utérine apparaît plus anfractueuse que d'ordinaire.

CHAPITRE III

Étude clinique.

« Si le savant, dit Martin, peut trouver un grand intérêt dans les recherches histologiques sur les bordures placentaires et sur le mécanisme de leur formation, le praticien n'en trouvera pas moins dans les rapports qui existent entre cette anomalie, la marche de la grossesse et le développement du nouveau-né. »

En effet si, dans quelques cas très rares, le placenta marginé n'est accompagné d'aucuns phénomènes pathologiques, le plus souvent on se trouve en présence d'une série d'accidents que nous allons passer en revue. Nous étudierons successivement son influence sur la grossesse et sur la délivrance, puis nous verrons son action sur le développement de l'enfant, ses rapports avec la grossesse gémellaire, et enfin sa coexistence avec des phénomènes pathologiques de la grossesse, tels que la grossesse extra-membraneuse, le placenta prævia et l'endométrite déciduale.

A mesure que nous passerons en revue les différentes questions dont nous venons de parler, nous montrerons leur fréquence par des chiffres.

Pour établir nos statistiques nous avons d'un côté

réuni la totalité des accouchements faits à la clinique en 1906 et dans la première moitié de 1907. Nous avons alors cherché dans combien de cas le placenta était marginé, pour établir la fréquence de cette anomalie, soit sur un total de 1,143 accouchements 1,018 avec placentas normaux et 125 avec placentas.

Ensuite nous avons fait le total des accouchements de ces dernières années, soit environ 10,000, sur lesquels 307 fois le placenta était marginé.

La première statistique nous a servi uniquement à établir des données sur la fréquence de cette affection, car les observations ont toujours été contrôlées par nous, tandis qu'en ce qui concerne l'autre, elle nous a servi uniquement à étudier les phénomènes pathologiques dont s'accompagne la margination placentaire, tels que hémorragies de la délivrance, rétention des membranes, etc.

I. — INFLUENCE DU PLACENTA MARGINÉ SUR LA GROSSESSE

1° *Fréquence.*

Les premiers auteurs qui se sont occupés du placenta marginé ont dit que c'était une anomalie plutôt rare.

Küstner (1) ayant examiné 200 placentas, en trouva 20 avec une marge, soit 10 %.

Auvard (2) en a rencontré 15 sur 103, soit 15 %.

Clemenzenz (3) 30 %.

Römer (4), 72 cas sur 423, soit 16,80 %.

(1) Küstner. — *Centralblatt für Gynec.*, 1884.

(2) Auvard. — *Travaux d'obstétrique*, tome II, 1888.

(3) Clemenzenz. — *Inaug. Dissertation* Dorpat, 1889.

(4) Römer. — *Archiv. für Gynec.*, 1886.

Roncaglia (1) : 5 sur 50, soit 10 %.

Palm (2) : 19 sur 100, soit 19 %.

Ferroni (3) : 10 sur 170, soit 5,88 %.

Koch (4) : 465 sur 1,350, soit 34,4 %.

Sfameni (5) : 49 sur 279, soit 17,56 %.

Martin (6) a fait porter ses recherches sur 600 placentas soigneusement observés par M. Porak. « Nous avons trouvé, dit-il, cette anomalie dans la proportion de 12 % ». »

Nous avons examiné 1,143 placentas. 125 étaient marginés, soit 9,14 %.

Le placenta marginé se rencontre donc en proportion moyenne de 10 à 20 %.

2° *Parité.*

On rencontre le placenta marginé en proportion plus forte chez les primipares que chez les multipares.

Les 72 cas de Romer (7) se décomposent en :

43 appartenant à des primipares, soit 62,5 " » :

27 appartenant à des multipares, soit 37,5 " ».

Sfameni, qui a réuni les cas de Roncaglia, Palm, Giglio, Ferroni, a pu observer 125 cas :

46 chez des primipares ;

27 chez des secondipares ;

27 chez des III, IV, V, VI pares ;

25 chez les VII à XVI pares.

(1) Roncaglia. — *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1890.

(2) Palm. — *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynæk.*, 1893.

(3) Ferroni. — *Annali di ostetricia e ginecol.*, 1899.

(4) Koch. — *Inaug. Dissertation*, Strasbourg, 1904.

(5) Sfameni. — *Archivio italiano di ginecologia*, 1906.

(6) Martin. — *Thèse de Paris*, 1896.

(7) Römer. — *Archiv für Gynæk.*, 1886.

Les primipares et les secundipares donnent donc une proportion de 58,40 %.

Nos recherches personnelles ont porté sur 125 observations :

Primipares : 58, soit 50,43 %;

Secundipares : 29, soit 25,21 %;

III pares : 13, soit 11,30 %;

IV pares : 9;

V pares : 6;

VI pares : 5;

VII pares : 4;

VIII pares : 2.

Les primipares et les secundipares donnent une moyenne de 75 %.

3° Terme de l'accouchement.

Une question qui a beaucoup préoccupé tous les auteurs est celle de la date de l'accouchement.

La femme de Fabbri (6) a accouché à 8 mois et demi ; celle de Taruffi à 5 mois.

Dans les observations de Roncaglia (7), l'accouchement a eu lieu :

7 fois à terme ;

1 fois à 8 mois 1/2 ;

2 fois à 6 mois 1/2.

(1) Kaltenbach. — *Zeitschrift für Gebuts und Ginek.*, 1890.

(2) Roncaglia. — *Annali di osteiricia et ginek.*, 1889.

(3) Palm. — *Zeitschrift für Geburts und Gynæk.*, 1893.

(4) Bayr. — *Gessellschaft für Gynæk.*, 1886.

(5) Sfameni. — *La placenta marginata y la sui genesi*, 1905.

(6) Fabbri. — *Bulletino delle scienze mediche di Bologna*, 1874.

(7) Roncaglia. — *Annali di ostetricia ginecologia*, 1888.

Dans les observations d'Auvard (1) :

- 7 fois à terme ;
- 7 fois à 8 mois $1/2$;
- 1 fois à 8 mois ;
- 1 fois à 7 mois $1/2$;
- 1 fois à 6 mois $1/2$.

Les deux malades de Schwab (2) ont accouché l'une à 6 mois, l'autre à 5 mois.

« Il semble donc, dit cet auteur, que dans moitié des cas au moins, un accouchement prématuré ait coïncidé avec le placenta marginé. Une cause commune explique-t-elle à la fois la production du placenta marginé et l'accouchement prématuré ? Ou bien le placenta marginé par les troubles qu'il apporte dans la nutrition du fœtus produit-il l'expulsion prématuré de celui-ci ? Il est fort probable que les deux circonstances interviennent simultanément dans beaucoup de cas. »

Martin (3), sur 40 observations, a eu 18 accouchements prématurés, soit 45 %, dont :

- 4 enfants venus à 8 mois $1/2$;
- 9 à 8 mois ;
- 2 à 7 mois,

et trois avortements, dont :

- 2 à 6 mois $1/2$;
- 1 à 5 mois $1/2$.

Giglio (4) a eu 4 femmes sur 3 qui ont accouché prématurément.

(1) Auvard. — Travaux d'obstétrique, t. II, 1888.

(2) Schwab. — *Archives de Tocologie et de Gynecologie*, 1896.

(3) Martin. — Thèse de Paris, 1896.

(4) Giglio. — *Annali di Ostetricia et Ginecologia*, 1896.

Sfameni (1) a établi un pourcentage en totalisant les observations de Ferroni, d'Auvard, de Roncaglia, de Schwab et de Bor et Tissier. Il a ainsi réuni 38 observations sur lesquelles :

23 accouchements à terme, soit 60,52 %;

15 accouchements avant terme, soit 39,47 %.

Lui-même, à la clinique de Pise, pendant une période d'environ quinze mois, a réuni les observations d'accouchements prématurés et il a obtenu :

230 observations d'accouchements avec placentas normaux.

49 observations d'accouchements avec placentas marginés. Sur les 230.

173 étaient à terme, soit 77,23 %.

51 étaient prématurés soit : 22,77 %.

et 6 prématurés dont l'interruption de la grossesse fut obtenue artificiellement.

Sur les 49 accouchements, avec placentas marginés.

36 étaient à terme, soit 73,46 %.

13 prématurés, soit 26,53 %.

Il obtient donc une différence de 3,76 % qui est en faveur d'une plus grande quantité d'accouchements prématurés avec le placenta marginé.

Nous nous sommes livrés à des recherches analogues.

Sur un total de 1,143 accouchements en 1906 et pendant la première moitié de 1907 :

1,078 sont avec placentas normaux.

125 avec placentas marginés.

(1) Sfameni. — *Archivio italiano di Ginecologia*, 1903.

Les 1,018 accouchements avec placentas normaux se sont terminés de la manière suivante :

778 à terme. soit 76,80 %.

212 avant terme, soit 20,82 %.

28 interruptions artificielles de grossesse.

Les 125 accouchements avec placentas marginés se décomposent en :

96 à terme, soit 76,80 %.

21 à 8 mois.

6 à 7 mois.

1 à 6 mois, soit 23,20 %.

1 à 5 mois.

Nous avons donc 3,62 % d'accouchements prématurés avec placentas marginés, de plus qu'avec les placentas normaux. Ces résultats sont sensiblement les mêmes que ceux de Sfameni.

On voit donc que Schwab a un peu exagéré quand il parlait de deux accouchements prématurés avec placenta marginé pour un avec placenta normal. La différence n'est pas si grande, elle n'est que de 3,62 % au profit du placenta marginé.

L'expulsion de l'enfant ne s'accompagne pas de phénomènes pathologiques.

II. — INFLUENCE DU PLACENTA MARGINÉ SUR LA DÉLIVRANCE

1° *Hémorragies de la délivrance.*

Différents auteurs ont signalé quelques cas d'hémorragies pendant la grossesse. Mais c'est au moment de la délivrance qu'il y en a le plus grand nombre et qu'elles sont les plus importantes.

Normalement au moment de la délivrance, la perte sanguine est faible à la clinique obstétricale de Lyon, où on pratique la délivrance retardée, elle est de 80 à 100 grammes. Avec M. Coulon (1), nous appellerons, pour notre statistique, hémorragie de la délivrance « toute perte de sang supérieure à 300 grammes ».

Un fait intéressant à signaler dans les cas d'hémorragie est la forme affectée par la circonférence placentaire. Elle est mince, déchiquetée, festonnée et le nom de placenta festonné conviendrait bien à cette variété de placenta marginé. C'est un signe d'insertion basse du placenta, car le segment moyen de l'utérus étant plus musculaire, lorsque le placenta s'y insère, ses bords sont épais.

Romer (2) rapporte 18 hémorragies sur 72 cas.

Ferroni (3) 3 sur 10.

Koch (4) 64 sur 465 cas, soit 13,8 %.

Sfameni (5) a observé :

6 hémorragies sur 230 placentas non marginés, soit 2,61 %.

2 hémorragies sur 49 placentas marginés, soit 4,08 %.

Ces hémorragies sont donc deux fois plus nombreuses quand le placenta est marginé.

Nos statistiques nous ont donné 108 cas d'hémorragies sur 307 placentas marginés examinés, soit 35,18 %.

(1) Coulon. — Thèse de Lyon.

(2) Romer. — *Archiv. sur gynæ.*, 1886.

(3) Ferroni. — *Annale de ostétrica et gynecologie*, 1899.

(4) Koch. — Inaug. Dissertation, Strasbourg, 1904.

(5) Safmeni. — *Archivio italiano de gynecologia*, 1905.

C'est-à-dire que dans 35,18 % des cas nous avons eu une perte de sang supérieure à 300 grammes, alors que normalement elle varie de 100 à 150 grammes.

OBSERVATION XXIII (personnelle)

M^{me} B..., 37 ans, repasseuse, entrée à la clinique le 10 décembre 1906.

Au point de vue de ses antécédents héréditaires, rien de particulier à signaler. Une sœur est morte à son troisième accouchement d'hémorragies de la délivrance.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans, les règles reviennent tous les trente jours et durent trois jours; elles ne sont pas douloureuses et ne nécessitent pas de séjour au lit. La quantité de sang perdu est chaque fois assez abondante.

Vers l'âge de 13 ans, pertes blanches qui ne se sont jamais reproduites avant la grossesse actuelle.

Multipare ayant eu 7 accouchements; 4 enfants sont morts vers l'âge de six mois et demi de diarrhée infantile, les 3 autres sont bien portants.

Toutes les grossesses précédentes ainsi que les accouchements et les suites de couche n'ont rien présenté d'anormal, mais la délivrance s'est toujours accompagnée de pertes sanguines abondantes au moment de l'expulsion du placenta.

Au premier accouchement, perte de sang de 300 grammes.

Au second, hémorragie abondante.

Au troisième, perte de 400 grammes.

Aux quatre derniers, qui eurent lieu chez elle, la perte sanguine fut chaque fois abondante.

Rien à signaler pendant la grossesse actuelle.

L'accouchement a eu lieu à terme le 12 janvier 1907, les dernières règles dataient du 10 avril 1906.

L'expulsion a duré 55 minutes. La présentation et la position étaient en O.I.G.T. L'enfant, du sexe masculin, vigoureux, pèse 3,600 grammes et mesure 52 centimètres.

Sitôt après la sortie de l'enfant, on constate un léger suintement sanguin au niveau de la vulve. Ce suintement va toujours en augmentant. On fait alors la compression de l'aorte, et même on décide de pratiquer la délivrance artificielle. La main droite est introduite dans l'utérus, tandis que la main gauche comprime la paroi abdominale. L'anneau de contraction est fermé. Il cède après des efforts répétés pendant une minute. On constate alors qu'une portion du délivre qui est décollée se trouve sur le col, la portion adhérente se trouve à droite, un peu en avant, au voisinage de l'anneau de Bandl et remonte en haut à 7 ou 8 cent. Les adhérences ne sont pas solides, elles sont facilement rompues sur un espace de 8 à 10 cent. par la main dont la face palmaire est dirigée en avant. Une fois décollé, le délivre est attiré au dehors de la vulve. On constate que le placenta est seul. La main est réintroduite dans l'utérus et trouve les membranes qui flottent à l'intérieur de la cavité. Elle est introduite de nouveau et ne trouve plus rien, ni débris de membranes, ni morceaux de placenta.

La quantité de sang perdu est supérieure à 600 grammes.

La parturiente, qui a eu une défaillance, perd alors connaissance pendant quelques instants.

On lui fait du sérum artificiel et un lavage iodé intra-utérin. Les suites de couches ont été normales et elle a quitté la Charité le 20 janvier 1907.

A l'examen du délivre, on constate que le placenta est marginé. Il est ovalaire, mesure 18×13 et pèse 400 grammes. Sur la face fœtale se trouve la collerette, anneau blanc grisâtre, située à 4 cent. du bord. Les membranes prennent insertion sur elle. La circonférence placentaire est mince, festonnée. Les membranes se sont rompues sur le placenta. Elles en sont totalement séparées, il ne reste plus au niveau de l'insertion qu'un petit cercle membraneux dont la hauteur varie de 2 à 3 cent.

Les membranes sont épaisses, enflammées et présentent tous les caractères de l'endométrite déciduale.

La face utérine du placenta ne présente rien d'anormal.

OBSERVATION XXIV (personnelle)

M^{me} T..., 23 ans, plieuse de rubans, entrée à la clinique le 10 novembre 1907.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Elle n'a jamais fait de maladies graves, mais a toujours été de santé délicate.

Ses premières règles ont apparu à 13 ans. Elles sont toujours régulières, durent huit jours, mais sont un peu douloureuses.

Elle est primipare. Il faut signaler pendant sa grossesse des pertes blanches assez abondantes, des vomissements qui se sont produits pendant les trois derniers mois, et de l'albumine à l'entrée, en quantité assez considérable.

Les dernières règles datent du 10 janvier 1907. L'accouchement se produit à terme le 10 novembre 1907. Les douleurs ont commencé à 4 heures du matin et l'enfant a été expulsé à 1 heure de l'après-midi. La présentation était en O.I.G.T. et tout s'est passé normalement. Au moment de l'expulsion, déchirure du périnée de 3 cent. environ, suturée 10 minutes après.

L'enfant du sexe féminin est vigoureux. Il pèse 4,600 grammes et mesure 56 centimètres.

Immédiatement après la sortie de l'enfant, l'utérus se contracte mal; il présente un point d'inertie locale, au fond, à droite et un peu en avant. On le malaxe, et 15 minutes après la sortie de l'enfant, la perte sanguine peut être évaluée à 500 grammes. Malgré la compression utérine, l'inertie locale persiste, et au bout de 40 minutes, la quantité de sang perdu atteint 800 grammes. De légères tractions sur le cordon en même temps que la palpation du fond utérin montrent que le placenta est encore adhérent à ce fond. On décide d'intervenir.

La malade est pâle, le pouls est petit, faible, très accéléré. Elle a des maux de cœur et des bourdonnements d'oreille. On lui met la tête basse et on fait la compression de l'utérus.

La délivrance artificielle est alors pratiquée. Elle est assez difficile à faire, le placenta est très adhérent, on le décolle de gau-

che à droite, puis d'arrière en avant. On trouve une adhérence assez forte à droite et en avant. Le placenta apparaît enfin à la vulve. Il est complet ainsi que les membranes. Rien n'est resté dans l'utérus. On s'en assure en introduisant de nouveau la main à l'intérieur de sa cavité.

On fait alors à la malade un lavage thérébentiné intra-utérin, avec la solution à 10 % et un lavement de sérum artificiel.

Le placenta pèse 695 grammes ; il mesure 19×20 .

Sur sa face fœtale se trouve une collerette très marquée. Elle est ovale ; ses dimensions sont 14×16 . Elle a une épaisseur de 2 cent. 5 à 3 cent. et est située à une distance variant de 1 cent. à 3 cent. du bord placentaire.

Le bord du placenta est très mince, très déchiqueté, festonné. Son épaisseur varie de 0 cent. 5 à 1 cent.

Le cordon a une longueur de 54 cent. et s'insère près de la collerette à 3 cent. 5 du bord du placenta.

Ces membranes sont épaisses, très dilacérées, mais complètes, et leur point de rupture est impossible à voir, à cause de cette dilacération.

2° *Rétention des membranes.*

Lorsque le placenta arrive à la vulve, très fréquemment on constate l'absence d'une partie ou de la totalité des membranes. En effet, les membranes ayant acquis une grande friabilité, sans qu'on ait exercé de traction sur le cordon, se séparent facilement du placenta sous la seule influence du poids de cet organe. Parfois elles viennent complètes, mais, dans ce cas, sont friables, décollées, déchirées, quand il y a rétention, c'est le chorion qui reste le plus souvent.

M. Commandeur (1), dans son article sur la rétention

(1) Commandeur. — *La pratique des accouchements*, t. II, 1907.

des membranes, dit que « la friabilité anormale des membranes s'observe dans le placenta bordé où un anneau de fibrine encercle la périphérie du placenta. Le décollement amnio-chorial dissocie les membranes et diminue leur résistance. Dans ces conditions, les tractions exercées par le placenta amènent non leur décollement, mais leur déchirure ».

Römer (1) signale l'absence du chorion dans la proportion de 36 %.

Palm (2), 31,6 %, alors qu'avec des placentas normaux, il n'y a que 2,5 % de rétention.

Sfameni (3) n'a trouvé cette rétention que dans 2,04 % des cas.

Nous avons examiné 307 placentas marginés, et nous avons constaté 101 fois la rétention des membranes ovulaires, soit dans 32,89 % des cas.

Sur ces 101 rétentions :

64 fois rétention partielle des membranes;

18 fois rétention totale du chorion seul;

11 fois rétention totale de la caduque seule;

8 fois le placenta est venu complètement chauve.

Nous rapportons deux belles observations de rétention totale des membranes.

OBSERVATION XXV (personnelle)

M^{me} L..., 30 ans, ménagère, entrée à la clinique le 15 février 1905.

(1) Römer. — *Archiv für Ginek.*, 1886.

(2) Palm. — *Zeitschrift für Geburts und Ginek.*, 1893.

(3) Sfameni. — *Archivio italiano di ginecologia*, 1905.

Antécédents héréditaires : père mort à 64 ans d'une fluxion de poitrine ; mère vivante, a eu 12 enfants et deux fausses couches.

Antécédents personnels : elle a contracté, à 24 ans, la fièvre typhoïde auprès de sa mère atteinte de la même affection.

Réglée à 12 ans 1/2 régulièrement. Secondipare. Premier accouchement à la clinique le 24 janvier 1902. Durée du travail : 12 heures ; enfant bien portant.

Pendant la grossesse actuelle, quelques nausées, sans vomissements. Au début, douleurs vives dans le bas ventre et les jambes, dissipées peu après.

Les mouvements du fœtus ont été perçus au cinquième mois. Réglée pour la dernière fois le 15 juin 1905, elle accouche le 5 avril 1905.

Accouchement spontané sans douleurs. L'expulsion a duré 10 minutes. O. I. G. A.

L'enfant, garçon vigoureux, pèse 3,080 grammes, et mesure 0 m. 50.

Perte sanguine insignifiante, à peine 80 grammes.

La délivrance naturelle, spontanée, a lieu 35 minutes après l'accouchement.

Le placenta est complet, ovalaire, 13 x 17, et il pèse 370 grammes. Il est complètement découronné.

Il est marginé ; une large collerette graisseuse se trouve sur sa face fœtale. Le cordon, long de 0 mètre 57, s'insère sur la collerette.

Il ne vient point de membranes. Elles sont retenues en totalité à l'intérieur de l'utérus.

Leur extraction a lieu le lendemain, 10 heures après l'accouchement. La main est introduite dans l'utérus et ramène les membranes par fragments. Les différents lambeaux sont examinés au fur et à mesure de leur extraction. On constate que rien n'est resté dans l'utérus.

Lavage iodé intra-utérin. Les suites de couches ont été normales et la malade a quitté la clinique le 15 avril 1905.

OBSERVATION XXVI

In thèse de Cros (1)

Secondipare. — Hémorragies anciennes sur les bords du placenta.
— Rétention partielle des membranes. — Accélération du pouls
sans élévation de température.

Femme de 21 ans. Entrée à la maternité de l'Hôtel-Dieu le
22 décembre, à 1 heure du matin.

Réglée à 13 ans.

La première grossesse s'est terminée par l'expulsion spontanée
à terme d'un enfant vivant.

Elle a eu ses dernières règles du 17 au 22 mars. Cette femme
vient de chez elle et on constate à son entrée une dilatation
comme un franc.

Elle accouche spontanément à 6 h. 5 du matin.

A 6 h. 30 délivrance par extraction simple. Il s'écoule environ
400 grammes de sang.

Les membranes se déchirent. On pose une ligature sur la por-
tion adhérente.

Le placenta est découronné sur les trois quarts de son étendue,
la caduque et le chorion sont retenus.

Sur le placenta on trouve des foyers d'hémorragies anciennes
et sur sa périphérie un cercle blanchâtre.

Pendant toutes les suites de couches la température est restée
normale.

Le 25 le pouls atteignait 105.

Ce même jour la malade expulse un lambeau de membranes et
le pouls baisse, pour atteindre le surlendemain 75.

A partir de ce moment le pouls reste normal.

La malade a eu tous les jours deux injections vaginales au
biiodure.

(1) Cros. — Thèse de Paris, 1897.

III. — RAPPORTS DU PLACENTA MARGINÉ AVEC LA GROSSESSE GÉMELLAIRE

Le placenta marginé se rencontre avec une évidente fréquence dans la grossesse gémellaire. Krükenberg (1) le premier a eu l'occasion d'en observer deux cas. Ceux-ci comprenaient deux placentas distincts, tous les deux marginés. Il lui ont servi de point de départ à une théorie sur la pathogénie du placenta à collerette.

Rømer (2) a observé deux cas; Ferroni (3) trois; Giglio (4) un, Nous avons trouvé trois observations, malheureusement incomplètes, que nous allons rapporter.

OBSERVATION XXVII (personnelle)

M^{me} P. . . ., accouchement à terme gémellaire le 19 mai 1906. Premier enfant sexe féminin. D'un poids de 2,140 grammes, d'une taille de 0 m. 48.

Placenta largement marginé, pesant 310 grammes et mesurant 18 × 10.

Deuxième enfant sexe masculin, d'un poids de 2,430 grammes, d'une taille de 0 m. 49.

Placenta largement marginé, pesant 345 grammes et mesurant 18 × 19.

Membranes complètes.

La perte sanguine au moment de la délivrance a été de 600 grammes.

(1) Krükenberg. — *Archiv für Gynæk.*, 1886.

(2) Rømer. — *Archiv für Gynæk.*, 1886.

(3) Ferroni. — *Annali di ostetrica e ginecologia*, 1899.

(4) Giglio. — *Annali di ostetrica e ginecologia*, 1895.

OBSERVATION XXVIII (personnelle)

M^{me} G...., accouchement gémellaire au huitième mois, le 30 octobre 1902.

Premier enfant sexe masculin, d'un poids de 2,050 grammes et mesurant 0 m. 47.

Collerette sur la face fœtale du placenta dont le poids est de 495 grammes et qui mesure 19×16 .

Deuxième enfant du sexe masculin, d'un poids de 3,080 grammes et mesurant 0 m. 49.

Collerette sur la face fœtale du placenta dont le poids est de 500 grammes et qui mesure 23×15 .

Les membranes sont complètes. La perte de sang au moment de la délivrance est de 800 grammes.

OBSERVATION XXIX (personnelle)

M^{me} E...., accouchement gémellaire au huitième mois, le 18 avril 1899.

Premier enfant du sexe féminin, d'un poids de 1,670 grammes et mesurant 0 m. 49.

Deuxième enfant du sexe féminin, d'un poids de 1,970 grammes et mesurant 0. m 39.

Un seul placenta très largement marginé, du poids de 820 grammes et qui mesure 22×18 .

Les membranes sont complètes. La perte de sang à la délivrance est de 150 grammes.

La particularité la plus intéressante est que dans les observations XXVII et XXVIII chaque fœtus possédant un placenta, les deux placentas sont également marginés, alors que dans l'observation XXIX il n'y a qu'un seul placenta et il est fortement marginé.

IV. — INFLUENCE DU PLACENTA MARGINÉ SUR LE DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS.

Puisque le placenta marginé a une action sur la grossesse, certains auteurs ont recherché s'il n'entravait pas le développement de l'enfant et sur son poids. « Un fait, dit Schwab, a frappé de nombreux auteurs, c'est que le fœtus qui coïncide avec un placenta bordé est souvent mal développé, quoique né à terme. »

L'auteur danois Hansen (1) a été le premier à insister sur l'influence du placenta marginé sur le développement du fœtus, son poids et sa longueur. Il a montré que le retentissement est d'autant plus grand que l'anomalie est plus manifeste.

Voici le tableau que fit paraître Hansen :

	Poids du fœtus	Taille
1° Accouchement à terme	3250	0 ^m 52
2° — —	2875	0 ^m 496
3° — —	2500	0 ^m 496
4° — —	2750	0 ^m 49
5° — —	2000	0 ^m 45
6° — —	2250	0 ^m 445
7° — —	2000	0 ^m 445
8° Accouchements à 8 mois	2560	0 ^m 49
9° Accouchement à 7 mois 1/2	2060	0 ^m 458
10° Accouchement à 7 mois 1/2	1250	0 ^m 392
11° Accouchement à 6 mois 1/2	1000	»

Le poids moyen de ces enfants à terme est d'environ 2,520 grammes. Il est inférieur de 580 grammes au poids normal.

(1) Hansen — *Frommel's Jahresbericht*, 1890.

La longueur moyenne, qui est de 47 cent. 4, est aussi inférieure à la normale de 3 cent. 6.

Martin (1), dans sa thèse, a réuni 40 observations de placentas marginés et leur influence sur le développement du fœtus. Nous allons donner un résumé de cette étude.

Sur 22 accouchements à terme :

1° 10 enfants au-dessous de 3,000 grammes.

Poids moyen = 2,560 grammes — inférieur à la normale de 340 grammes.

Taille moyenne = 47 cent. 5, inférieure à la normale de 2 cent. 1/2.

2° 12 enfants au-dessus de 3,000 grammes.

Poids moyen = 3,370 grammes.

Taille moyenne = 51 cent.

Sur 18 accouchements prématurés :

1° 4 enfants à 8 mois 1/2.

Poids moyen = 2,650 grammes, inférieur à la normale de 250 grammes environ.

Taille moyenne = 48 cent.

2° 9 enfants à 8 mois.

Poids moyen = 2,260 grammes, inférieur à la normale de 350 grammes environ.

Taille moyenné = 45 cent., inférieure à la normale de 1 cent. 1/2.

3° 5 enfants nés avant 7 mois, morts quelques heures après la naissance.

Et Martin conclut : « Nous voyons que le placenta

(1) R. Martin. — Thèse de Paris, 1896.

marginé a une réelle influence non seulement sur le terme de l'accouchement, mais aussi sur le développement du fœtus. »

Sfameni (1) n'est pas de cet avis. Il fait notamment de sérieuses réserves sur l'exactitude des observations de Hansen (2). « Ces faits sont en contradiction avec les résultats de Romaglia et de Ferroni. En réunissant les observations d'Auvard (3), de Roncaglia (4), de Bar et Tissier (5) et celles de Ferroni (6), on met ensemble 23 cas de placentas marginés à terme dont le poids fœtal est connu. »

La moyenne de ces 23 poids est de 3,212 grammes.

Il rapporte ensuite 47 cas à terme observés à la clinique de Pise, dont le poids moyen est de 3,115 grammes, et 252 autres, dont le poids moyen est de 3,175 grammes, et il conclut avec Ferroni que le placenta marginé ne trouble nullement le développement régulier du fœtus.

Nous ne croyons pas exacte l'affirmation catégorique des auteurs italiens. L'examen des faits dans la majorité des cas est en faveur d'un arrêt de développement du fœtus. Les chiffres cités par Hansen sont en effet un peu forts pour appartenir à des fœtus nés à terme. Mais les travaux de Schwab et ceux de Martin ne nous permettent pas de douter de l'action du placenta mar-

(1) Sfameni. — *Archivio italiano di ginecologia*, 1903.

(2) Hansen. — *Frommels Jahresbericht*, 1890.

(3) Auvard. — *Travaux d'obstétrique*, t. II, 1883.

(4) Romaglia. — *Annali di ostetricia et ginecologia*, 1889.

(5) Bar et Tissier. — Société obstétricale et gynéc. de Paris, juin 1895.

(6) Ferroni. — *Annali di ostetricia et ginec.*, 1899.

giné. M. Porak (1), discutant à la Société obstétricale et gynécologique de Paris les conclusions du travail de R. Martin, pense qu'en publiant sa statistique, Martin « est tombé sur une série heureuse et que dans la réalité le pronostic est plus sombre. Pour le placenta marginé en particulier, les résultats paraissent un peu trop favorables au point de vue de la vitalité de l'enfant ».

Nous avons examiné 221 cas de placentas marginés avec enfants à terme.

10 enfants pesaient 3,100 gr.

120 enfants avaient un poids inférieur à 3,100 gr.

91 enfants avaient un poids supérieur à 3,100 gr.

95 enfants mesuraient 0 m. 50.

82 — — — moins de 0 m. 50.

80 — — — plus de 0 m. 50.

On voit que l'influence du placenta marginé ne saurait être contestée.

V. — ACCIDENTS DE LA GROSSESSE CAUSÉS PAR LE PLACENTA MARGINÉ

1° *Endométrite déciduale.*

Pendant la grossesse on a souvent relevé de l'endométrite déciduale, qu'elle soit accompagnée ou non de pertes blanches.

Schultze (2) l'a toujours constatée. Veit (3) très

(1) Porak. — *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique*, février 1896.

(2) Schultze. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1884.

(3) Veit. — *Volkmanus Sammlang klinischer Vorträge*, 1885.

souvent, de même que Krükenberg (1). Klein (2) et Küstner (3) décrivent fréquemment une inflammation et un épaississement de la caduque ovulaire.

Brindeau (4), dans son article sur les lésions du placenta, dit que l'endométrite produit un certain nombre d'anomalies dans la marche de la grossesse, en particulier la margination du placenta.

Nous avons recherché dans les antécédents de nos malades celles qui au cours de leur grossesse avaient présenté de l'endométrite déciduale. Nous ne pouvons fournir que des chiffres approximatifs. Cette recherche étant très délicate, l'endométrite pouvant avoir de nombreuses causes et n'avoir que des symptômes légers.

Sur 125 cas, nous avons 64 fois constaté de l'endométrite qui nous a été révélée soit par de l'hydrorrhée déciduale, soit par des écoulements sanguinolents, soit enfin par l'examen de l'arrière-faix.

2° Grossesse extra-membraneuse.

La grossesse extra-membraneuse présente avec le placenta marginé des rapports que nous allons maintenant étudier.

Cette affection, mentionnée pour la première fois en 1894 au Congrès de Bordeaux par Tarnier (5), a été

(1) Krükenberg. — *Archiv für Gynæk.*, 1886.

(2) Klein. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1889.

(3) Küstner. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1884.

(4) Brindeau. — *La pratique des accouchements*, t. II, 1907.

(5) Tarnier. — Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, Bordeaux, 1895.

bien étudiée par Maygrier (1) et Glaize (2) en 1899 qui lui ont donné ce nom puis par Maroger (3) en 1903. De nombreuses communications ont été faites à ce sujet par MM. Perret (4), Devraigne (5), Macé et Moncany (6), Holzkappel (7), etc.

Il faut distinguer la grossesse extra-amniotique et la grossesse extra-membraneuse proprement dite. Dans la première variété l'amnios seul se rompt, le fœtus vit et se développe dans la cavité choriale, tandis que l'amnios s'atrophie ou se rétracte plus ou moins. Dans la seconde, la rupture de l'amnios et du chorion a lieu au même point, elle laisse échapper le fœtus hors de la cavité ovulaire, à l'intérieur de l'utérus.

La rupture de l'amnios peut être due à diverses causes, en particulier à une endométrite déciduale. Hegar, Spiegelberg, Veit, Schröder, Tarnier (8), Budin ont assez insisté sur cette influence.

Veit (9), Küstner (10), Klein (11) et Schwab (12) ont montré le rapport de la margination du placenta et de l'endométrite déciduale.

Le fait le plus intéressant est que dans tous les cas de

(1) Maygrier. — Société d'obstétrique de Paris, 1899.

(2) Glaize. — Thèse de Paris, 1899.

(3) Maroger. — Thèse de Paris, 1903.

(4) Perret. — Société d'obstétrique de Paris, février 1902.

(5) Devraigne. — Société d'obstétrique de Paris, décembre 1904.

(6) Macé et Moncany. — Société d'obstétrique de Paris, février 1902.

(7) Holzkappel. — *Beiträge zu Geburtshilfe*, 1903.

(8) Tarnier. — Congrès de gynécologie et obstétrique, Bordeaux, 1895.

(9) Veit. — *Volkmanus Sammlung klinischer Vorträge*, 1903.

(10) Küstner. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1884.

(11) Klein. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1889.

(12) Schwab. — *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1896.

grossesse extra-membraneuse le placenta est marginé, alors que dans la grossesse extra-amniotique il ne l'est jamais.

« La marge, dit Sfameni (1), est d'autant plus considérable que la rupture de l'œuf est survenue à une date plus éloignée de celle de l'accouchement. »

Glaize (2) rapporte 5 cas de grossesse extra-membraneuse, les 5 placentas sont marginés. Maroger en rapporte 13.

4 placentas sont marginés.

2 largement bordés.

5 bordés.

2 inconnus.

OBSERVATION XXX

(In thèse de Maroger) (3)

Une femme âgée de 38 ans, multipare, arrive à la clinique d'accouchements se plaignant d'hémorragies. A mon arrivée l'enfant était né, la délivrance était faite, mais l'hémorragie continuait.

En voyant le placenta, j'ai été frappé de la disproportion de la poche ovulaire, dans laquelle un fœtus de sept mois ne pouvait trouver place.

En recueillant ses souvenirs, la femme a pu donner des indications précises. Depuis le troisième mois de sa grossesse, elle avait très souvent des pertes d'un liquide aqueux, ces pertes étaient abondantes et continuelles. Il lui avait été souvent très pénible d'être mouillée la nuit, bien qu'elle se fût levée plusieurs fois pour uriner. De même pendant le jour, elle avait dû changer de chemise tant elle était mouillée. Il n'y eut pas d'hémorragies.

(1) Sfameni. — *Archivio italiano di ginecol.*, 1903.

(2) Glaize. — Thèse de Paris, 1899.

(3) Maroger. — Thèse de Paris, 1903.

Les grossesses précédentes avaient été normales.

Le placenta a 13 cent. de diamètre et 5 1/2 d'épaisseur, 34 de circonférence, il pèse 350 grammes. La face utérine ne présente rien d'anormal. La face fœtale présente une margination très accentuée, variant de 1 à 5 cent. de large.

Les membranes non épaissies paraissent un peu rétractées, elles ne sont pas extensibles. Leur largeur est de 4 cent. carré, 5 d'un côté et de 8 du côté opposé.

En remplissant de ouate la cavité ovulaire, on constate que les bords de la déchirure se rapprochent et qu'il ne manque rien des membranes. Il n'existe aucune autre déchirure. Le fond de la poche a comme longueur maxima 8 centimètres et comme circonférence 24.

Le cordon de 60 cent., à insertion laterale, est pauvre en gélatine.

La disproportion évidente entre le volume de la poche et celui du fœtus se confirme encore par le fait que la poche contient 120 centimètres cubes et que le fœtus occupe 840 centimètres cubes.

Le fait que le placenta marginé se rencontre toujours dans la grossesse extra-membraneuse a permis à Glaize (1) d'édifier la théorie pathogénique suivante : « La caduque étant atteinte d'endométrite déciduale, la margination du placenta ne tarde pas à se constituer. Cette margination retrécissant chaque jour davantage l'aire chorale, entravant l'œuf dans son développement, il est survenu un moment où le fœtus trop volumineux s'est trouvé dans l'impossibilité de demeurer dans cette cavité ovulaire dont la capacité devenait de plus en plus insuffisante pour son volume chaque jour croissant. Les membranes tendues à l'excès, d'une part, et d'autre part rendues plus friables par le fait de l'endométrite

(1) Glaize. — Thèse de Paris, 1889.

déciduale se sont rompues spontanément et le fœtus est tombé dans la cavité utérine. Derrière lui les membranes se sont rétractées, la cavité ovulaire s'est atrophiée, tandis qu'un processus de cicatrisation unissait bientôt de la façon la plus intime les lèvres de l'orifice constitué par l'amnios et le chorion. »

3° *Oligo-amnios.*

Un phénomène commun à la grossesse extra-membraneuse et à la margination placentaire est l'oligo-amnios, étudié par Metzger (1), Giglio (2) et Roché (3). Ce dernier auteur rapporte que « dans plus de la moitié des cas, 9 fois sur 15, on trouva un placenta plus ou moins marginé ; dans trois cas la margination était très marquée ».

L'oligo-amnios pouvant être dû à plusieurs causes, on trouva toujours le placenta marginé quand l'oligo-amnios est d'origine ovulaire. Une des principales conséquences de l'oligo-amnios est d'amener des malformations fœtales.

4° *Coexistence du placenta marginé et du placenta prævia.*

Le placenta à collerette coexiste parfois avec le placenta prævia. Kaltenbach a le premier mis le fait en évidence, il en rapporte quatre observations, Roncaliga

(1) Metzger. — Thèse de Paris, 1901.

(2) Giglio. — *Annali di ostetricia e ginecol.*, 1895.

(3) Roché. — Thèse de Toulouse, 1904.

et Palm chacun une, Bayer huit. Sfameni un. Nous en avons trouvé trois cas sur 63 placentas prævia examinés.

L'auteur italien affirme que la margination placentaire et le placenta prævia sont produits par des phénomènes concomitants, et il établit aussi que c'est dans le cas d'insertion latérale du placenta prævia que cette coexistence se trouve le plus souvent.

OBSERVATION XXXI (personnelle)

M^{me} P..., 39 ans, marchande ambulante, entrée à clinique le 15 avril 1904.

Antécédents héréditaires : père inconnu, mère morte à 50 ans. Un frère et une sœur en bonne santé, deux frères morts jeunes vers 4 ans, de cause inconnue.

Antécédents personnels : ignore à quel âge elle a marché. Rougeole à 3 ans.

Céphalées depuis l'âge de 20 ans, perte de cheveux après chaque grossesse. Pas de maux de gorge ni d'éruptions. Syphilis probable, confirmée par l'examen des accouchements précédents.

Premières règles à 9 ans, abondantes, régulières jusqu'après la neuvième grossesse qui se termina par une fausse couche. Irrégulières depuis lors.

10 Grossesses antérieures :

La première en 1883. — Accouchement normal spontané, présentation de la tête. Enfant mort à 18 mois, de pneumonie.

La deuxième en 1885. — Accouchement normal, spontané, présentation de la tête, enfant mort à l'âge de 8 ans, de convulsions, épilepsie (?)

La troisième en 1887, gémellaire deux filles. — Accouchement spontané, les deux enfants moururent l'un à 6 mois 1/2, l'autre à 7 mois, de maladie inconnue.

La quatrième grossesse se termine par accouchement spontané, hémorragie très abondante, qui fit craindre pour ses jours. Infection, péritonite, enfant morte à 15 jours, sans cause apparente.

La cinquième grossesse, en présentation du siège, accouchement spontané, très long, mort de l'enfant pendant le travail.

La sixième grossesse en 1896, présentation de la tête, accouchement normal, enfant vivant, actuellement en bonne santé.

Les septième, huitième et neuvième grossesses se terminent par des fausses couches de cinq mois, quatre mois et deux mois, sans cause apparente.

La dixième grossesse, en 1902, à la clinique. Gémellaire. Présentation du siège en S. I. G et en S. I. D. Des deux enfants, l'un vécut seulement vingt minutes, l'autre emmené par la mère à sa sortie est mort de méningite au bout de six mois.

Pour la grossesse actuelle, à l'inspection : ventre assez volumineux, pas de fluctuation, le fond de l'utérus est à 36 cent. 1/2 au-dessus du pubis, et à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Pertes rouges douloureuses depuis le 1^{er} avril. Bassin normal.

Perte des eaux le 20 avril à 9 heures du soir. A 9 heures du matin elle commence à perdre du sang. A 11 heures la quantité de sang perdu peut être évaluée à 200 grammes. On fait une tentative infructueuse de rupture des membranes. Le col est long. Au toucher on sent quelques cotylédons placentaires. Les membranes coiffent la tête qui est mobile à cause de l'insertion marginale du placenta. Les contractions utérines sont rares et peu intenses. Dilacération des membranes avec la pince d'Hegar. Ecoulement sanguin d'environ 200 grammes. Tamponnement vaginal jusqu'à 7 heures du soir.

Accouchement rapide en O. I. G. A. en quelques minutes.

L'enfant, du sexe féminin, est étonné. Il ne porte pas de coloration pâle. Au bout de quelques secondes, les battements du cœur reprennent et il crie. Poids : 2,465 grammes. Taille : 0 m. 49.

L'utérus est en état d'inertie locale, il est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, il est étalé et n'est pas ferme.

Une demi-heure après il remonte à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La malade présente un état d'anémie assez prononcé. Le sang n'a cessé de s'écouler de la vulve

et la quantité ainsi perdue peut être évaluée à 780 grammes. Le placenta est adhérent. On pratique son décollement artificiel en introduisant dans l'utérus la main droite, qui rencontre le point décollé en haut et à gauche. Le délivré est ramené avec 150 grammes de sang, ce qui porte l'hémorragie totale à 930 grammes. Il ne reste dans la cavité utérine aucuns débris placentaires ou de membranes.

Lavement de 500 grammes de sérum artificiel et lavage iodé intra-utérin.

Le placenta est largement marginé. Les membranes viennent s'insérer sur le pourtour de la collerette. Le placenta les déborde de 4 à 5 centimètres.

La rupture des membranes a eu lieu tout près du bord, et en ce point il y a un décollement placentaire qui a la forme d'un croissant dont la longueur est d'environ 5 à 6 centimètres et la largeur 2 centimètres.

Le placenta présente, en outre, sur sa face fœtale des points indurés et blancs. Les dimensions sont 22×14 et son poids 395 grammes. Il a un lobule aberrant ayant la surface d'une pièce de 5 francs.

Le cordon a 56 centimètres. Il est inséré à 4 centimètres du bord de la collerette.

5° *Coeexistence du placenta marginé avec des maladies générales ou constitutionnelles.*

On signalé la présence du placenta marginé dans les maladies générales.

Différents auteurs, notamment MM. Bar et Tissier, ont rapporté deux beaux cas de ces placentas marginés se trouvant l'un chez une syphilitique, l'autre chez une bacillaire. Quelques auteurs italiens le mentionnent chez les albuminuriques et dans les maladies du cœur.

Nous rapportons ici une observation typique de placenta marginé chez une bacillaire.

OBSERVATION XXXII (personnelle)

M^{me} T..., 24 ans, culottière, entrée le 19 janvier 1907. Père et mère vivants et bien portants. Elle a eu six frères et sœurs dont l'une est morte à l'âge de 25 ans de tuberculose pulmonaire.

Comme antécédents personnels la malade a eu la rougeole dans son enfance.

Les premières règles datent de sa douzième année. Elles ont toujours été très régulières. A peu près à cette époque elle a eu une crise d'anémie qui aurait duré deux ans. Elle toussait énormément et prenait du vin créosoté et du phosphate de chaux. C'est à cet âge qu'il faut faire remonter sa première atteinte de bacillose. Depuis ce moment elle a toujours continué à tousser et depuis le mois de juillet 1906 elle était soignée au dispensaire antituberculeux. Pas de syphilis.

La malade a eu cinq grossesses précédentes.

La première s'est terminée en avril 1899, à 5 mois, par une fausse couche.

La deuxième s'est terminée également par une fausse couche en janvier 1900.

La troisième a été menée à terme en janvier 1901 et a donné naissance à un garçon âgé aujourd'hui de 6 ans. Elle dit avoir eu une hémorragie abondante après l'accouchement.

La quatrième s'est terminée à sept mois en juin 1903 par un accouchement prématuré. L'enfant a vécu quelques heures à peine.

La cinquième, menée à terme, a donné naissance en décembre 1905 à un enfant mort quelques mois après, le 11 septembre 1906 de dysenterie.

Pendant la grossesse actuelle il n'y a rien à signaler comme accidents, sauf que la malade se plaint qu'elle toussait beaucoup.

Les dernières règles datent du 2 mai 1906.

Début du travail le 19 janvier 1907, à 2 heures du matin.

Rupture de la poche des eaux à 9 heures. A ce moment cessation complète de douleurs.

L'utérus est très développé transversalement. On se trouve en présence d'une présentation de l'épaule dos en arrière.

On fait une version par manœuvres internes.

L'enfant du sexe masculin pèse 2,420 grammes et mesures 0 m. 45. Il est en état de mort apparente il se ranime facilement.

La délivrance a lieu 20 minutes après la sortie de l'enfant par le mécanisme de Baudeloque. Elle est spontanée, la perte de sang est de 200 grammes.

Lavage intra-utérin iodé.

Suites de couches normales.

L'examen du délivre montre un placenta ovalaire pesant 430 grammes et ayant pour diamètre 13×15 .

Il est fortement marginé. L'aire chorale est exactement circulaire, 41×41 . La largeur de la marge varie de 1 cent. à 4 cent. La collerette, blanc jaunâtre, est lisse et régulière, large d'environ 3 cent. La circonférence placentaire a une épaisseur de 3 à 4 centimètres.

Sur la face utérine les cotylédons sont disjoints. La collerette donne insertion aux membranes qui sont complètes, légèrement graisseuses.

Le cordon ne s'insère pas au centre de l'aire chorale, il présente quelques nodosités.

En résumé, cette longue étude clinique montre l'influence du placenta marginé sur la marche de la grossesse. Nous le rencontrons en proportion de 10 à 20 % ; d'autre part, dans 75 % des cas, les femmes sont primipares et accouchent avant terme.

La délivrance s'accompagne 35 fois sur 100 d'hémorragies et 32 fois de rétention des membranes.

L'enfant né à terme n'a pas le poids et le développement de l'enfant dont le placenta est normal. Il ne mesure en moyenne que 0 m. 48 et pèse moins de 3,400 grammes.

Le placenta marginé cause des accidents tels que l'en-

dométrite décidual et la grossesse extra-membraneuse, et il se rencontre fréquemment avec le placenta prævia.

On a enfin noté souvent sa présence dans les maladies générales et constitutionnelles, telles que la syphilis, la tuberculose, l'albuminurie et les cardiopathies.

CHAPITRE IV

Étude étiologique et pathogénique.

L'étiologie et la pathogénie du placenta marginé ont attiré l'attention de nombreux auteurs, particulièrement à l'étranger, et de nombreuses discussions se sont élevées à ce sujet.

Les deux points à élucider, sur lesquels ont porté la plupart des recherches, sont la collerette et la manière d'agir des membranes à son niveau.

Ruge (1) a dit que la collerette était due à un exsudat fibrineux provenant de petites hémorragies survenues pendant la grossesse à la périphérie de l'œuf. Le sang provenant d'une endométrite déciduale s'accumule entre la caduque vraie et la réfléchie.

Kölliker (2) est d'avis que l'anneau blanc est constitué par un épaissement de la caduque sous-choriale, qui vient se souder à la caduque réfléchie. On peut d'après lui séparer les deux caduques.

Spath et Wedl (3) expriment la même opinion que Ruge.

(1) Ruge. — *Zeitschrift für Geburstshülfe und Gynæcol.*, 1877.

(2) Kölliker. — *Traité d'embryologie*, 1879.

(3) Spath et Wedl. — *Zeitschrift der Aertzen*, Vienne, 1881.

Pour Busch (1) et Ackermann (2) l'anneau fibreux (annulus fibrosus de Busch), résulte d'un accollement de la caduque vraie et de la caduque réfléchie. Il en résulte une cavité circulaire plus ou moins bien fermée dans laquelle se produisent des hémorragies qui laissent des dépôts fibrineux.

Verit (3) ayant observé une femme atteinte d'endométrite avant sa grossesse, dont l'avortement eut lieu au sixième mois, conclut que l'endométrite était cause du placenta marginé. La caduque réfléchie s'altère, devient épaisse et rigide. Elle forme un anneau autour de la ligne d'insertion du chorion sur le placenta et les villosités chorio-placentaires se développent en dehors et au-dessous de cet anneau, qui par suite de sa rigidité ne peut s'étendre.

Suivant Schultz (4), la caduque s'enflamme et s'épaissit, elle met alors obstacle au développement excentrique des villosités choriales qui, ne pouvant se développer en dehors, passent au-dessous de l'anneau et vont se développer au sein de la caduque vraie.

Küstner (5) est de cet avis : « Il faut, dit-il, rechercher la cause du placenta marginé dans une placentite où seule la portion maternelle de la caduque jouerait un rôle actif. Les auteurs qui se rattachent à cette opinion placent le processus inflammatoire au cours de la grossesse, mais si chez le plus grand nombre de femmes

(1) Busch. — *Lebrenbrech der Geburtshülfe*, 1836.

(2) Ackermann. — *Virchow's Archiv*, 1884.

(3) Verit. — *Volkmanns Sammlung*, 1815.

(4) Schultze. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1884.

(5) Küstner. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1884.

ayant des placentas marginés, on peut trouver l'existence de troubles quelconques pendant la grossesse, il est à remarquer que les symptômes inflammatoires sont très rares et que chez certaines femmes ces troubles ont fait complètement défaut. »

L'inflammation de la caduque ne suffit cependant pas à expliquer la formation de la bordure. Küstner admet de plus, qu'à un moment donné, sous une influence qu'il rattache à des troubles pathologiques divers, l'utérus subit un arrêt de développement et le placenta continue de croître, de telle sorte que « les villosités choriales de la périphérie débordent le cercle qu'elles occupaient primitivement ». La bordure placentaire devient donc une véritable annexe du placenta qui a poussé au dehors de celui-ci au sein de la caduque vraie.

Pour Schatz (1), certains œufs s'insèrent par un pédicule, le placenta à ce niveau ne peut s'étendre faute de place. Son développement se fait alors périphériquement dans la caduque vraie au delà du pellicule dont la circonférence forme le bourrelet du placenta marginé.

Klein (2) a montré que la caduque réfléchie est plus épaisse à la périphérie du placenta. Il lui a donné le nom de réfléchie marginale (Randreflexa). Le placenta est agrandi par la muqueuse utérine qui s'insinue profondément dans les villosités situées au-devant d'elle. Cette infiltration est surtout marquée dans les cas d'endométrite déciduale. La caduque vraie est

(1) Schatz. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1884.

(2) Klein. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1889.

refoulée à la périphérie du placenta. La réfléchie se replie sur elle-même. Il se forme alors un repli au niveau du chorion membraneux qu'elle entraîne. Si ce repli est largement ouvert, creusant au-dessous de lui un sillon, on a un placenta appelé par Klein *circumvallata*. C'est le premier degré du placenta marginé. A un degré plus fort le sillon disparaît, le pli de la caduque réfléchie marginale est plus marqué, la caduque vraie passe à la manière d'un pont au-dessus de lui, et des hémorragies se font à l'intérieur, qui laissent de la fibrine, et le placenta marginé est constitué.

Giglio (1) voit dans le placenta marginé une maladie du placenta, plus qu'une anomalie. Sous une influence morbide quelconque le placenta a cessé de croître, puis s'est irrégulièrement développé. La margination serait due à une atrophie des villosités de la portion où est inséré le chorion. La collerette a une origine purement inflammatoire. C'est une portion du chorion enflammé et épaissi, quant aux exsudats fibrineux, ils prouvent qu'on se trouve en présence de tissus qui ont été fortement enflammés.

Krükenberg (2), ayant eu l'occasion d'observer deux grossesses gémellaires avec placentas marginés, dit que le placenta bordé doit être rattaché à une hydroporrhée déciduale qui décolle le chorion sur le bord du placenta. Dans les cas de gémellaires, le bord chorial d'un œuf ne peut se développer au niveau des points où il est en contact avec le bord chorial de l'autre. Une partie de la

(1) Giglio. — *Annali de ostetricia e ginec.*, 1885.

(2) Krükenberg. — *Archiv. für Gynæk.*, 1886.

pas distendre passivement, car, alors ses parois augmenteraient en même temps.

De tout cela il résulte que les parois utérines se développent par accroissement de leur convexité externe, et tandis que le fond tend à s'éloigner davantage de l'origine interne du col, les parois antérieure et postérieure tendent aussi à plus s'écarter l'une de l'autre. D'où la dilatation de l'utérus offre trois points de distension maxima correspondant respectivement, au fond, à la paroi antérieure et à la paroi postérieure, et trois points de distension maxima, l'orifice interne du col et chaque orifice des trompes.

L'œuf se loge au sein de la muqueuse utérine qui se transforme en caduque. Il est entouré par les espaces sanguins maternels qui représentent dans la suite de la grossesse les lacunes sanguines du placenta. On comprend alors que l'esquisse de la caduque sérotine est déjà constituée dès le début de la gestation et que la serotine et le futur placenta n'ont pas, comme on le croyait jusqu'ici, une surface plane, mais sont comparables à une sphère creuse dont le vide central est rempli par l'embryon.

Au bout d'un certain temps, quelques espaces sanguins, placés en regard de la cavité utérine et appelés coupole de l'œuf, sont soulevés et étirés fortement par la pression endovulaire qui de ce côté seulement peut facilement se produire, et ils finissent par se dessécher et disparaître.

L'ovule demeure entouré d'espaces sanguins sur la plus grande partie de sa surface, sauf en un point qui proémine de plus en plus à l'intérieur de l'utérus. Cette

petite partie de caduque sérotine est la caduque réfléchie à laquelle correspond le chorion lisse.

On voit donc là au début de la grossesse la caduque réfléchie et le chorion lisse qui y correspond représenter primitivement un espace très limité, tandis que la sérotine et le chorion chevelu (chorion frondosum) constituent dès le début une très vaste surface.

On peut donc distinguer trois phases dans le développement de la sérotine. Dans la première, la sérotine a une forme parfaitement sphérique et entoure de toutes parts l'embryon. Dans la deuxième, elle a la forme d'une calotte et dans la troisième elle est tout à fait plane.

Plusieurs facteurs déterminent ces changements.

Il y a d'abord la pression endovulaire qui fait sentir son action au maximum sur ce petit segment limité de caduque qui regarde la cavité utérine.

D'autre part, le placenta n'est pas uniquement formé de deux lames, une maternelle et une fœtale, il y a en plus le parenchyme placentaire lui-même qui s'accroît en surface en même temps que les lames. Son accroissement est dû à la pression endolacunaire produite par la multiplication tumultueuse des villosités choriales et à la pression sanguine à l'intérieur des cavités placentaires. Comme cette pression sanguine se fait également sentir dans toutes les directions, on comprend facilement qu'elle se développera dans une mesure plus grande en surface ou en épaisseur, suivant que l'étirement exercé sur le placenta par la distension active de la paroi utérine sera plus fort ou plus faible. Le placenta sera alors d'autant plus épais qu'il est moins étalé en surface.

de beaucoup la question. « Le rôle de l'utérus, dit-il, est absolument nul dans le placenta bordé; que la femme ait, au cours de sa grossesse, éprouvé des phénomènes morbides, qu'il y ait relation entre ces malaises et la thrombose, c'est une autre affaire. »

M. Delore (1) conclut en considérant la thrombose des vaisseaux fœtaux comme un moyen de défense du fœtus que le placenta oppose à la circulation des bactéries, et il s'appuie sur ce fait, observé chez les syphilitiques, les tuberculeux et les albuminuriques.

Nous avons, en effet, trouvé des observations de placenta marginé coïncidant avec des maladies générales. Mais nous ne pensons pas que l'action de ces maladies se fasse sentir sur les vaisseaux fœtaux. Il y a là des phénomènes d'ordre plus général. D'autre part, l'affirmation de M. Delore est en contradiction avec les phénomènes qui se passent du côté de l'utérus et avec les altérations de ses tissus que très souvent on rencontre.

Les théories actuelles ont un autre point de départ. Elles s'occupent d'abord de ce qui se passe à l'état normal, puis passent en revue les différents troubles par lesquels la maladie peut modifier cet état normal. Nous allons exposer en détail la théorie de Sfameni (2), parue en 1905, et les modifications qui y ont été apportées par les travaux plus récents de deux auteurs allemands, Liepmann (3), en 1906, et Kræmer (4), en 1907.

(1) Delore. — *Lyon médical*, 1897.

(2) Sfameni. — *Archivio italiano di Ginecol.*, 1905.

(3) Liepmann. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1906.

(4) Kræmer. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1907.

Sfameni nous apprend d'abord que, normalement, l'utérus, du moins pendant la première partie de la grossesse, n'est pas distendu passivement par le développement de l'œuf qu'il renferme. En effet, on comprendrait mal pourquoi, dans les cas de grossesses ectopiques, l'utérus se développerait. D'autre part, l'œuf est trop petit et il n'entre pas en contact immédiat avec la muqueuse utérine. Entre la surface interne de l'utérus et la surface externe de l'œuf, il y a un espace liquide lactescent appelé hydropérion. L'œuf n'occupe ainsi pas tout l'utérus. Celui-ci s'accroît et se distend activement, devançant par son accroissement celui de l'œuf, qui, comme on le voit, n'est pas l'agent mécanique de la distension utérine, mais seulement la cause physiologique.

Dans la deuxième partie de la grossesse l'utérus continue à croître par ses propres moyens. Mais son expansion ne dépasse plus, comme dans la première partie, la croissance de l'œuf, de telle sorte que celui-ci finit par entrer directement en contact avec la surface interne de l'utérus. Dès lors l'augmentation de volume de l'utérus marche de conserve avec celle de l'œuf.

La dilatation de l'utérus n'est pas uniforme. Cuzzi, en effet, a montré que dans les premiers mois l'augmentation en surface du fond et des parties hautes du corps est supérieure à celle du segment inférieur. Dans les trois derniers mois, au contraire, le développement du segment inférieur serait prédominant ; mais il n'y a encore pas là d'uniformité. La moitié antérieure ou pubienne grossit plus rapidement que la postérieure ou sacrée. C'est encore une preuve que l'utérus ne se laisse

surface fœtale des deux placentas se trouve découverte, parce que le chorion membraneux des deux œufs est repoussé. Dans la grossesse simple, l'hydorrhée déciduale joue à l'égard de l'œuf unique le même rôle que le deuxième œuf.

Schwab (1) est totalement de l'avis de Klein. Il a trouvé dans ses deux observations « que le bourrelet était nettement formé par un repli de la caduque réfléchie, épaissie ; le feuillet inférieur du repli se continuait sur la face fœtale du placenta et se perdait sur son bord ; le feuillet supérieur, se portant sur le chorion membraneux, auquel il adhérait par des fibrilles comme toute caduque ovulaire vers la circonférence du placenta.

« Microscopiquement les deux feuillets ont la même structure. L'épaississement porte surtout sur le feuillet inférieur, sur le point où il va se réfléchir pour devenir feuillet supérieur.

« Par sa partie interne le bourrelet est en rapport direct avec le chorion, dans lequel son feuillet inférieur envoie un prolongement qui représente la caduque sous-choriale de Kœlliker. Il s'agit donc là de caduque ovulaire. »

Nous pouvons constater, par l'exposé des différentes théories que nous venons de faire, que tous leurs auteurs ont des différences de vues assez peu considérables. Chez tous nous devons remarquer des points communs. Tous ces auteurs, en effet, rattachent la cause du placenta marginé à des lésions maternelles.

(1) Schwab. — *Archives de toxicologie et de gynécologie*, 1896.

La muqueuse utérine est atteinte d'endométrite déciduale. Sous l'influence de cette inflammation, la caduque s'épaissit et forme un cercle qui s'oppose au développement de l'œuf en surface. Les villosités chorio-placentaires passent sous ce cercle et viennent au dehors constituer la marge du placenta. Il n'y a, comme nous l'avons vu, que sur les points de détail que les auteurs divergent.

Nous ne faisons que citer ici pour mémoire la théorie de Fabbri (1), attribuant la pathogénie du placenta marginé à une anomalie de la vésicule allantoïde. Au lieu, comme normalement, de se développer en forme de cylindre sur toute la surface du chorion, elle adhère à la partie du chorion qui correspond à la sérotine.

Une autre théorie explique la genèse de la collerette par des phénomènes se passant au niveau des sinus utérins.

MM. Bar et Tissier (2), rapportant une observation de fœtus syphilitique avec placenta marginé, ont trouvé de la périartérite autour des vaisseaux fœtaux du chorion. Ils reconnaissent à la collerette une origine fœtale; la périartérite amenant une nécrose de coagulation des villosités choriales.

M. Delore (3) est tout à fait de cet avis. Dans un article du *Lyon médical*, en 1897, après avoir observé deux placentas bordés, il considère la margination comme un accident fort secondaire de la thrombose qui domine

(1) Fabbri. — Société médico-chirurgic., Modène, 1899.

(2) Bar et Tissier. — Société obstétricale et gynécologique de Paris, juin 1895.

(3) Delore. — *Lyon médical*, 1897.

En résumé, dans les conditions normales, le placenta s'aplanit sous l'influence de trois facteurs :

Distension de la paroi utérine ;

Pression endovulaire ;

Pression endolacunaire.

Étudions maintenant par suite de quels troubles le placenta pourra devenir marginé.

On a déjà établi que le placenta circumvallata ou nappiforme et le placenta marginé ne sont que des stades divers d'un même processus de formation. Il faut donc expliquer comment se produit le rétrécissement de la face choriale du placenta : tous les placentas, dans la deuxième phase de leur développement ayant la forme d'une calotte sphérique, le placenta nappiforme ou en écuelle n'est que le résultat de la persistance définitive d'un stade habituellement transitoire.

L'étroitesse de la surface choriale en comparaison de la surface utérine est la conséquence du manque de parallélisme entre l'accroissement de l'une et l'accroissement de l'autre.

Comme nous connaissons les facteurs qui ont pour mission d'aplanir le placenta et de le faire croître en surface, nous devons conclure que l'aspect nappiforme et le rétrécissement de la face choriale se produisent quand ces facteurs agissent mal ou n'agissent pas.

On ne peut admettre un défaut d'action de la part de la pression endolacunaire, car ce serait une interruption fatale de la grossesse. Le manque d'action ne peut donc provenir que de la pression endovulaire ou du manque de distension active des parois utérines.

Supposons que la pression endovulaire soit nulle ou

défectueuse par une diminution de quantité du liquide amniotique, le placenta ne sera tiré que par la paroi utérine ; donc sa surface externe augmentera beaucoup plus que la surface interne, qui se trouve plus dans la pression endovulaire seule, l'aide capable de faire progresser sa distension parallèlement avec celle de la surface externe.

Le bord de la calotte sphérique, au lieu de s'aplanir en s'appuyant sur la paroi utérine, se soulève vers la cavité de l'utérus et dans le cours de la grossesse, grâce à la distension des membranes ovulaires, il viendra à être touché par la caduque réfléchie, qui elle-même viendra s'accoler à la caduque vraie.

De cette manière se constitue la margination du placenta, l'espace creux entre les caduques réfléchie et sérotine qui sont en contact ainsi que le pont de caduque vraie qui passe sur l'ouverture de l'espace.

D'autres fois, c'est la pression endovulaire qui fait défaut, alors, elle ne peut faire venir sur la sérotine marginale la partie la plus basse de la caduque réfléchie, parce qu'en ce point elle est plus épaisse que partout ailleurs. Dans ce cas, la caduque réfléchie et le chorion lisse se replieront vers la sérotine marginale, non pas au point où ils se séparent d'avec le chorion chevelu (chorion frondosum), mais plus loin. Le résultat est qu'un premier et court segment de caduque réfléchie restera proéminent vers la cavité amniotique. C'est le placenta circumvallata.

L'anneau fibreux apparaît donc comme formé par l'adossement de la caduque réfléchie marginale et de la caduque réfléchie, adossement consécutif à l'action

la caduque réfléchie et la caduque sous-choriale. Ce processus doit avoir lieu avant que la caduque réfléchie et la caduque vraie soient fusionnées définitivement. S'il subit un arrêt brusque pour une raison quelconque, la caduque réfléchie ne peut s'allonger et se trouve dans l'impossibilité, quel que soit son amincissement progressif, de suivre l'accroissement de l'œuf et de lui constituer une capsule.

Cette longue étude nous mène donc à une connaissance suffisamment claire de la pathogénie du placenta marginé. C'est à Sfameni que nous la devons et les auteurs allemands n'ont fait que développer les faits bien mis en évidence par lui.

CONCLUSIONS

- I. Le placenta marginé et le placenta circumvallata sont deux manifestations d'un même état dont le placenta marginé exprime le plus haut degré.
- II. La collerette indispensable pour porter le diagnostic de placenta marginé n'en est pas la cause, mais seulement l'effet.
- III. Le placenta marginé n'est pas la conséquence d'un processus inflammatoire, mais bien d'un trouble survenu dans l'évolution d'un processus physiologique.
- IV. Les processus physiologiques normaux sont la distension utérine et la pression endovulaire.
- V. La parité et les maladies générales sont les principales causes pouvant entraver le développement physiologique de l'utérus et modifier la pression endovulaire.
- VI. Les accidents au moment de la délivrance sont très fréquents et doivent surtout attirer l'attention. Ainsi que le montrent nos statistiques provenant de la collection de la clinique obstétricale de

se distendre suffisamment. Quand la rigidité n'est pas suffisante pour empêcher la grossesse de suivre son cours, elle peut cependant suffire à former le placenta marginé. Il n'y a qu'une différence de degré entre la cause qui produit l'avortement et le placenta marginé. Dans le premier cas, la rigidité de l'utérus arrête le développement de la grossesse, dans le second, le développement régulier du placenta.

Le nombre plus grand de métrorragies qui accompagnent le placenta marginé dans les premiers mois de la grossesse, de même que le plus grand nombre d'accouchements prématurés et d'hémorragies de la délivrance, sont encore des signes de la rigidité de la paroi utérine.

Chez les primipares, cette rigidité est due à une incapacité congénitale et au manque d'habitude de l'organe à sa fonction. Quant aux multipares, elles ont soit de la sénilité de l'organe, soit un processus pathologique amenant une dégénérescence fibromateuse de l'utérus.

Chez les femmes dont l'avortement est dû à une insuffisance de distension de la paroi utérine, les grossesses répétées font disparaître graduellement la rigidité pour, finalement, permettre à la gestation d'arriver à terme, de même pour le placenta marginé, où plusieurs grossesses distendent suffisamment la paroi de l'utérus pour que le placenta puisse régulièrement s'accroître.

Pour Sfameni l'insuffisance de distension de la paroi utérine est encore démontrée par la coïncidence du placenta marginé avec le placenta prævia et inséré à l'angle tubaire, parce que dans les cas où le placenta a une insertion basse, il est plus rapproché de l'orifice

interne du col dont la dilatation point de l'utérus où la dilatation est minima, de même qu'au niveau de l'orifice des trompes.

Liepmann (1) s'est livré à des recherches minutieuses sur quatre utérus avec placentas marginés qu'il a pu recueillir successivement. Ses conclusions sont que les placentas marginés et circumvallata sont produits par un plissement des membranes. Le placenta marginé provient du placenta circumvallata par aplatissement du repli membraneux, sous l'influence de l'élévation de la pression interne et du défaut de place. L'endométrite décidual, qui produit les infarctus, ne cause pas le placenta marginé, mais est un effet secondaire du plissement des membranes, qui se fait à une époque où la caduque réfléchie n'est pas encore soudée à la caduque vraie. Le plissement membraneux est causé par le refoulement du sac ovulaire quand le placenta est inséré anormalement à l'angle tubaire ou prævia, ou par une diminution de quantité du liquide amniotique.

Krømer (2) explique la formation du placenta marginé par des troubles survenus dans les processus qui concourent physiologiquement à la formation du placenta normal. Il faut considérer la pression intra-ovulaire et le tonus utérin et en plus un processus dont l'évolution régulière constitue le placenta normal. C'est une division de la caduque vraie, qui d'après lui se produit au niveau du bord décidual ovulaire de la caduque vraie et a pour effet d'allonger en quelque sorte

(1) Liepmann — *Centralblatt für Gynækologie*, 1906.

(2) Krømer. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1907.

des agents dont nous venons de parler. L'anneau fibreux n'est donc pas la cause, mais l'effet du placenta marginé. Aussi Fabbri avait-il raison de dire que les dépôts fibrineux du placenta marginé étaient les mêmes que ceux qu'on voit normalement à la périphérie du placenta ordinaire.

Le placenta marginé se forme de la même manière que le circumvallata.

Le manque de distension active de la paroi utérine et le manque de pression endovulaire donnent lieu à un résultat un peu différent. Du premier dérive un manque d'expansion de la face fœtale et de la face utérine, alors que du dernier dérivé seulement le manque d'expansion de la face utérine.

Dans ce dernier cas la face fœtale et la face utérine ne s'accroissent pas parallèlement, le tissu placentaire au contraire se développe comme s'il n'y avait rien d'anormal, sans cela la grossesse ne pourrait suivre son cours. La pression endolacunaire à son tour va agir et forcer le placenta à augmenter en épaisseur et latéralement. La sérotine marginale au lieu de s'aplanir se soulèvera vers la cavité de l'utérus. Les conditions de formation de la marge placentaire sont réalisées. Elles démontrent nettement que Delore avait tort de nier un rôle à l'utérus dans cette formation.

Si, au manque de distension de la paroi utérine s'ajoute un défaut de pression endovulaire, le même phénomène se produira.

En résumé, le placenta marginé se constitue par la perturbation de l'action des facteurs qui président à l'accroissement normal du placenta.

Pour prouver que cet exposé n'est pas une simple hypothèse, nous allons maintenant passer en revue les faits cliniques et étudier s'ils sanctionnent cette manière de voir.

Commençons par étudier le cas dans lequel le placenta marginé est dû à un manque de pression endovulaire. On sait que le placenta marginé s'accompagne d'oligo-amnios. La clinique distingue une forme d'oligo-amnios primaire et une secondaire. La forme secondaire est consécutive à une rupture intempestive des membranes et ne coïncide jamais avec le placenta marginé. On ne le rencontre que dans la forme primaire, alors que le manque de liquide amniotique et de pression endovulaire ont pu faire sentir leur action pendant la phase de développement du placenta.

Dans la grossesse extra-membraneuse, le placenta est toujours marginé. Ce phénomène s'explique de la manière suivante : les membranes ovulaires s'étant déchirées et le fœtus étant devenu libre dans l'utérus, la pression ovulaire devient nulle. La margination du placenta sera d'autant plus forte, que la sortie du fœtus hors de ses enveloppes se sera produite plus près du début de la grossesse, c'est-à-dire moins la phase de développement étant avancée. Dans la grossesse extra-amniotique on ne rencontre pas le placenta marginé, parce que les eaux de l'amnios restent contenues dans le sac chorial et la pression endovulaire y est maintenue.

Le placenta marginé s'observe aussi avec fréquence chez les primipares et chez les multipares. La cause qui dans les deux cas produit le plus grand nombre d'avortements est la rigidité de la paroi utérine, qui ne peut

M. le professeur Fabre, 35 fois sur 108 il y a des hémorragies de la délivrance et 32 fois les membranes sont en totalité ou en partie retenues à l'intérieur de la cavité utérine.

VII. Les phénomènes pathologiques, comme hémorragies de la délivrance, rétention des membranes, grossesse extra-membraneuse, insuffisance de développement du fœtus, ne sont pas produits par le placenta marginé, mais sont comme lui le résultat des troubles énumérés plus haut.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse,

Le Doyen,

FABRE.

HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 19 novembre 1907.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACKERMANN. — Der weisse Infarkt der Placenta. (Virchow's Archiv, Bd XCVI, p. 439, 1884.)
- Annales de gynécologie et d'obstétrique, août 1907.
- AUVARD. — (Travaux d'Obstétrique, t. II, p. 442. Colerette placentaire. Placenta marginé, 1888.)
- BAR. — Observations de grossesse extra-ovulaire avec placenta marginé. (Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, 6 avril 1898, p. 98, 109 et 113.)
- BAR et TISSIER. — Périartérite probablement syphilitique généralisée chez le fœtus. Placenta marginé. (Société obstétricale et gynécologique de Paris, 13 juin 1895.)
- BAYER. — Über fehlerhaften Sitz der Nachgeburt und der Analogie Zinschen Placenta prævia und Tubeneckenplacenta. (Beitrage der Geburtshülfe und Gynæk., Bd XVIII, H. 3, 1903.)
- BONNAIRE et MAURY. — Présentation de fœtus extra-membraneux. (Société d'Obstétrique de Paris, 4 novembre 1900.)
- BRINDEAU. — Lésions du placenta. (La pratique des accouchements, t. II, p. 437, 1907.)
- BUMM. — (Grundriss zum Studium der Geburtshülfe, p. 384, 1900.)
- BUSCH. — (Leherbuch der Geburtshülfe, 1836.)
- CLEMENZ. — Anatomische und kritische Untersuchungen über die sog. weissen Infarkte der Placenta marginata und über den sog. weissen Decidualring.
- CLEMENZ. — Inaug. Dissertation, Dorpat, 1889.
- COMMANDEUR. — Rétention des membranes. (Pratique des accouchements, t. I, p. 418, 1907.)
- COULON. — La délivrance retardée dans la pratique des accouchements. (Thèse de Lyon, p. 41, 1904.)

- CROS. — De la rétention des membranes dans l'accouchement à terme. (Thèse de Paris, 1877.)
- CRUVEILHIER. — (Anatomie pathologique. Maladies du placenta, t. I, fascicule III, 1852.)
- CURATOLO. — Intorno ad una nuova origine della placenta marginata. (Annali di ostetricia e ginecologia, n° 7, p. 505, 1897.)
- CUZZI. — (Trattato di ostet. e ginecol., Milano. Casa editrice Dott. F. Vallardi, vol. I, p. 309-310 (senza data).)
- DELORE. — Recherches sur la circulation maternelle du placenta et lésions pathologiques de cet organe. (L'Obstétrique, p. 419, 1897.)
- DELORE. — Placenta normal et placenta thrombosé. (L'Obstétrique, janvier 1899.)
- DELORE. — Thrombose et placenta marginé. (Lyon médical, p. 586, 1897.)
- DEVRAIGNE. — Grossesse extra-membraneuse de cinq mois. (Société d'obstétrique de Paris, 15 décembre 1904.)
- DUBRISAY. — Fœtus extra-membraneux. (Société d'obstétrique de Paris, 21 mars 1901.)
- FABBRI. — Etiologia della piega Coriale nella placenta marginata. (Soc. medico-chirurg., Modena, 1899.)
- FERRONI. — Ricerche anatomiche et cliniche sulla placenta marginata. (Annali di ost. e ginecologia, n° 8, p. 627, 31 ottobre 1899.)
- FRENKEL. — Die funktion des corpus luteum. (Archiv für Gynæk., Bd LXVIII, H. 2, 1903.)
- GIGLIO. — Sulla patogenesi della placenta anomale (marginata, velamentose, irregolari). (Annali di ostet. e ginecol., n° 1, p. 1, 1895.)
- GIGLIO. — Sulla etiologia della placenta marginata. (Riforma medica, t. II, p. 604, 1894.)
- GLAIZE. — La grossesse extra membraneuse. (Thèse de Paris, 1899.)
- GOTTSCHALK. — Weitere Studien über die Entwicklung der menschlichen Placenta. (Archiv für Gynæk., Bd XL, H. 2, p. 209, 1891.)

- GROOS. — Über das Flächen wachstum der Placenta bezw der Placentaranlage in der ersten Hälfte der Schwangerschaft. (Inaug. Dissert. Marbourg, 1900.)
- HANSEN. — Placenta marginata oz Mangelfuld udrikling af Forteret. (Hospitals Tidende, Bd VIII, n° 31, p. 777, 1890. (Frommels Jaresbericht.)
- HIRTLE. — (Die blutgefässe der Menschlichen Nachgeburt, Wien, 1870.)
- HIS. — (Anatomie menschlicher Embryonen. Leipzig, F.-C. Vogel, Bd XIV, p. 222, 1885.)
- HOLTZKAPPEL. — (Beiträge zu Geburtshülfe und Gynæk., Bd VIII, H. 1, p. 1, 1903.)
- JACQUEMER. — (Archives générales de médecine, 3^e série, t. V, p. 321, 1839.)
- JORDANIS. — Contribution à l'étude de la rétention des membranes. (Thèse de Lille, 1901.)
- JOULIN. — (Traité complet d'accouchement, p. 186, Paris, 1867.)
- KALTENBACH. — (Lehrbuch der Geburtshülfe, Stuttgart, p. 210, 1893.)
- KLEIN. — (Centralblatt für Gynæk, Bd XI, n° 40, p. 695, 1889.)
- KLEIN. — (In Hofmeier die menschliche Placenta zur Entstehung der Placenta marginata und succenturiata, Wiesbaden, 1890.)
- KOCK. — Über das Wesen, Vorkommen und klinische Bedeutung der weissen Infarkt und der Placenta marginata. (Inaug. Dissert., Strasbourg, 1904.)
- KOELLIKER. — (Traité d'embryologie). Traduction française, 1879.
- KROEMER. — Störungen der Decidualspaltung am Reflexa, Basaliswinkel und ihre Beziehungen zu Abort, Placenta circumvallata und exochorialer Fruchtwicklung. (Centralblatt für Gynæk., n° 5, p. 129, 2 février 1907.)
- KUSTNER. — Über die Anatomie und Bedeutung der Placenta marginata. (Centralblatt für Gynæk., n° 42, p. 664, 1884.)
- KRUENBERG. — Über die Entstehung der Placenta marginata. (Archiv für Gynæk., Bd XXVIII, H. 3, p. 453, 1886.)
- LEPAGE et LE LORIER. — Présentation d'un placenta bordé. (Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, 12 mai 1902.)

- LIEPMANN. — Beiträge zur Ätiologie der Placenta circumvallata. (Archiv. für Gynæk., Bd LXXX, H. 3, p. 439, 1906.)
- MACÉ et MONCANY. — Grossesse extra-ovulaire. Avortement de cinq mois. (Société d'obstétrique de Paris, 20 février 1902.)
- MAROGER. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-membraneuse. (Thèse de Paris, 1903.)
- MARTIN. — De l'influence des altérations du placenta sur le développement du fœtus et la santé du nouveau-né pendant les dix premiers jours qui suivent sa naissance. (Thèse de Paris, 1896.)
- MAYGRIER. — Présentation d'un placenta avec fœtus extra-membraneux. (Société d'obstétrique de Paris, 16 mai 1899.)
- MEZGER. — De l'oligo-amnios. (Thèse de Paris, 1901.)
- MULLER. — Deux cas de grossesse extra-membraneuse. Gynækologische Gesellschaft in München. (Centralblatt für Gynæk., n° 5, p. 725, 1902.)
- MURAT. — Dictionnaire des sciences médicales en soixante volumes. Article placenta.
- PALM. — Über die Diagnose des Placentarsitzes in der Schwangerschaft und die Beziehung der Placenta marginata zur Tube-neck. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynæk., Bd XXV, p. 317, 1893.)
- PAULY. — Contribution à l'étude de l'hydropnée déciduale. (Thèse de Paris, 1904.)
- PERRET. — Présentation d'un placenta de fœtus extra-membraneux. (Société d'obstétrique de Paris, 20 février 1902.)
- PETSALIS. — Causes de la rétention des membranes (Presse médicale, 27 août 1902.)
- PESTALOZZA. — Discusione in seguito alla comunicazione del giglio « Sulla patogenesi della placenta anomala », fatta al Congresso della Soc. ital. di ostetr. e ginecol. (Atti della soc., vol. I, p. 229, 1894.)
- PINARD. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article fœtus.
- PORAK. — Influence des altérations du placenta sur la vitalité du fœtus. (Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique, p. 40, 13 février 1896.)

- RIBEMONT DESSAIGNES et LEPAGE. — Maladies du placenta. (Placenta marginé, 6^e édition, p. 703, 1904.)
- RICHEL. — Contribution à l'étude de l'hydroporrhée déciduale. (Thèse de Paris, 1904.)
- RIFFERSCHIED. — (Centralblatt für Gynæk., n° 41, p. 143, 1901.)
- ROBIN. — Note sur les altérations du placenta. (Archives de médecine, 5^e série, t. III, p. 705, 1884.)
- ROCHÉ. — De l'oligo-amnios. (Thèse de Toulouse, 1904.)
- ROEMER. — Klinische Beobachtungen über die Nachgeburtszeit. (Archiv für Gynæk., Bd XXVIII, H. 2, p. 283, 1886.)
- RONCAGLIA. — Della placenta marginata. (Annali di ostetricia e ginecologia, n° 8, p. 355, août 1889.)
- RUGE. — Ueber den Fœtus sanguinolentus. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynæk., Bd I, p. 118, 1877.)
- SCHATZ. — Discussione in seguito alla comunicazione del Küstner fatta al Congresso dei medici e naturalisti in Magdeburg. (Centralblatt für Gynæk., n° 42, p. 664, 1884.)
- SCHAUTA. — Trattato completo di ostetricia. Treduz. ital., Torino, p. 12, 1898.
- SCHULTZE. — Discussione in seguito alla comunicazione del Küstner fatta al Congresso dei medici e naturalisti in Magdeburg. (Centralblatt für Gynæk., n° 42, p. 664, 1884.)
- SCHWAB. — Contribution à l'étude du placenta marginé. (Archives de tocologie et de gynécologie, n° 7, p. 509, juillet 1895.)
- SCHWAB. — Analyse de la thèse de Glaise sur la grossesse extra-membraneuse. (Presse médicale, 5 août 1899.)
- SCHWAB. — Présentation de trois placentas marginés avec hémorragie par rupture du sinus circulaire. (Société d'obstétrique de Paris, 21 décembre 1899.)
- SFAMENI. — Sulla origine comune della decidua del sciucizio e del trofoblasto dall'epitelio uterino e sul modo di annidarsi dell'ovo (condue tavole in cromalitografia e tre figure intercalate nel testo). (Giornale italiano della scienza medica, Pisa, n°s 2, 3, 4, 5, 6, 1904.)
- SFAMENI. — La placenta marginata e la sua genesi. (Archivio italiano di ginecologia a VIII, vol. I, n° 5, 31 mai 1905.)

- SPÆTH et WEDL. — (Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien, page 808, 1881.)
- STÆCKEL. — (Centralblatt für Gynækologie, p. 1353, 11 nov. 1899.)
- STAPPER. — Hydrorrhée pendant la grossesse. (Thèse de Paris, 1880.)
- TARNIER. — Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. Bordeaux, août 1905.
- TARNIER et BUDIN. — Maladies du placenta, t. II, pages 313, 319, 329.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements, p. 142, Paris 1888.
- TURAZZA. — Aborto. Collezione italiana di letture sulla medicina, série V, n^{os} 4 et 5, p. 115.)
- VEIT. — Ueber endometritis decidua. (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, n° 254, 1885.)
- VON HERFF. — Bemerkungen zur Anatomie und Entwicklung der Placenta circumvallata (marginata). (Bd. XX Jubilæums-Festschrift, Halle, M. Niemeyer, 1894.)
- WODARZ. — Zur Kenntniss vom Bau der Placenta circumvallata. (Centralblatt für Gynækologie, n° 50, p. 1359, 1902.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. — Historique. — Définition	7
CHAPITRE II. — Étude anatomique et anatomo-pathologique.	13
CHAPITRE III. — Étude clinique.....	30
I. Influence du placenta marginé sur la grossesse.....	31
1° Fréquence	31
2° Parité	32
3° Terme de l'accouchement.....	33
II. Influence du placenta marginé sur la délivrance....	36
1° Hémorragies de la délivrance.....	36
2° Rétention des membranes.....	41
III. Rapports du placenta marginé avec la grossesse gé- mellaire.....	45
IV. Influence du placenta marginé sur le développement du fœtus.....	47
V. Accidents causés par le placenta marginé.....	50
1° Endométrite déciduale.....	50
2° Grossesse extra-membraneuse.....	51
3° Oligo-amnios.....	53
4° Coexistence du placenta marginé et du placenta prævia.....	53
5° Coexistence du placenta marginé et des maladies générales ou constitutionnelles.	58
CHAPITRE IV. — Étude étiologique et pathogénique.....	62
CONCLUSIONS.....	79
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	81

